Améliorer le continuum des soins

Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables

Présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Novembre 2011

Table des matières

Sommaire 6

Introduction 10

1.1 La Stratégie d'excellence des soins pour tous (SEST) 10

1.2 Accent provincial mis sur les hospitalisations évitables 10

1.3 Rôle du Comité consultatif 12

1.4 Méthodologie 14

La situation actuelle et données probantes en matière d'intervention 16

2.1 Les causes des réadmissions non planifiées 16

2.2 Interventions visant à réduire le nombre de réadmissions non planifiées 17

Le contexte du changement en Ontario 24

Recommandations du Comité 26

Annexes 31

Annexe 1. Rapport sommaire du Forum de leadership du 31 mai 2010 32

Annexe 2. Cadre de référence du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables 40

Annexe 3. Liste de vérification d'un congé d'hôpital sécuritaire 42

Annexe 4. Mesures et évaluation 52

Annexe 5. Références 54

Sommaire

Sommaire

La Stratégie d'excellence des soins pour tous (SEST) a pour objectif d'améliorer la qualité et la valeur des soins de santé prodigués aux Ontariens. L'amélioration de la qualité des soins et la viabilité du système de santé en réduisant le nombre d'hospitalisations évitables constitue l'élément clé sur lequel est axée la stratégie. À l'occasion d'un forum consultatif sur les hospitalisations évitables, le 31 mai 2011, les chefs de file de la pratique ont suggéré que la province s'assure d'abord que la population ontarienne vit des transitions sécuritaires et efficaces en matière de soins afin de réduire le risque de réadmission à l'hôpital, tout en renforçant la capacité du système afin d'élargir le centre d'intérêt au cours des années suivantes.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a créé un Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables qui fournira des conseils sur les mesures, les objectifs et les échéanciers les plus appropriés, validera l'orientation en matière de pratiques exemplaires pour l'Ontario et supervisera les pratiques de transitions en matière de soins en Ontario. Les conseils et recommandations du Comité éclaireront les initiatives provinciales visant à soutenir les fournisseurs de services de santé dans leur réalisation de transitions sécuritaires et efficaces en matière de soin afin de réduire les risques de réadmissions évitables à l'hôpital.

La réduction du nombre de réadmissions évitables des patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital est un secteur important pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé et pour une utilisation plus efficace des ressources en santé de l'Ontario.

Les données probantes montrent que des interventions réussies utilisées pour améliorer les transitions en matière de soins et réduire le nombre d'hospitalisations évitables se composent de plusieurs éléments communs. Des transitions efficaces en matière de soins intègrent une meilleure planification du congé de l'hôpital, une meilleure communication entre les cliniciens de différents milieux ainsi qu'entre les cliniciens et les patients, un bilan comparatif des médicaments et la gestion du moment où le patient retourne à la maison, une éducation des patients et des soignants, ainsi qu'un suivi rapide en soins primaires dans la collectivité.

Les stratégies visant à améliorer les transitions en matière de soins peuvent nécessiter des ressources supplémentaires afin de réduire l'éventualité d'une réhospitalisation. Les hôpitaux devraient donc trier les patients à l'aide d'outils comme l'indice LACE (expliqué en détail au chapitre 2.2) pour repérer les patients à risque d'être admis de nouveau, puis concentrer leurs efforts sur ces patients.

Les améliorations aux transitions en matière de soin nécessiteront des partenariats cliniques et stratégiques à tous les niveaux du système de santé. Il est essentiel d'obtenir la collaboration de toutes les sphères de l'organisation afin d'éliminer les risques de piètres résultats.

Il faudra procéder à un examen des politiques actuelles et des contraintes du système concernant l'amélioration de la communication, y compris les modes de financement, en parallèle avec les interventions organisationnelles et du système afin d'améliorer les transitions en matière de soins.

Divers projets pilotes à petite échelle sont actuellement en cours en Ontario pour améliorer les transitions en matière de soins. Ces efforts doivent faire l'objet d'une évaluation complète afin que l'on puisse mesurer leur impact. Il faut ensuite les mettre à l'essai dans d'autres milieux en Ontario avec différentes ressources et façons de prodiguer les soins de santé. Un projet d'« amélioration en collaboration », qui ferait appel à des équipes intercontinuum de différentes régions de la province, pourrait mettre à l'essai les stratégies d'amélioration des transitions en matière de soins. Qualité des services de santé Ontario pourrait diriger un tel projet.

Il faut intégrer les efforts visant à améliorer les transitions en matière de soins au système actuel sans ajouter une complexité inutile ni dédoubler les efforts. Un dépistage efficace des patients à risque de réadmission, axé sur les services supplémentaires offerts à ces patients, et l'amélioration des communications entre les hôpitaux, le domicile et les services communautaires ainsi que les fournisseurs de soins primaires permettront de réduire le nombre de réadmissions. La vision de système amélioré du Comité envisage des soins de plus grande qualité pour les patients ontariens et ne signifie pas nécessairement une augmentation des coûts pour le système à la suite de ces améliorations.

Introduction

Introduction

1.1 La Stratégie d'excellence des soins pour tous (SEST)

Tous les Ontariens ont à cœur des soins de santé d'excellente qualité. À ce titre, le gouvernement a pris des mesures significatives afin d'améliorer la qualité du système de santé de l'Ontario et de s'assurer que chaque dollar investi en santé sert à fournir les meilleurs soins possible.

La *Loi sur l'excellence des soins pour tous* (LEST), qui a reçu la sanction royale le 8 juin 2010, renforcera l'accent mis sur la qualité et son amélioration continue et priorisera les patients en améliorant la qualité et la valeur de leur expérience grâce à la prestation de soins de santé fondés sur les résultats cliniques. La Loi établit certaines exigences de la part des organismes de soins de santé, y compris l'instauration de Comités de la qualité et des plans annuels d'amélioration de la qualité. Ces changements se produiront d'abord dans les hôpitaux ontariens, puis s'étendront à tous les organismes de soins de santé de la province.

La LEST crée également Qualité des services de santé Ontario (QSSO) à titre d'organisme chargé de la promotion et de la diffusion de recommandations fondées sur les données probantes, qui appuie les fournisseurs de soins de santé dans l'amélioration de la qualité et l'adoption de pratiques exemplaires. QSSO doit aussi faire rapport au public sur la qualité des soins de santé offerts en Ontario.

La SEST de l'Ontario est conçue de manière à améliorer la qualité et la valeur des soins prodigués aux Ontariens. La stratégie se fonde sur quatre principes directeurs : les soins doivent être organisés autour du patient afin de favoriser sa santé; l'amélioration constante de la qualité des services est un objectif essentiel; les politiques, la planification et le paiement doivent appuyer la qualité des soins de santé et l'utilisation efficiente des ressources; la qualité des soins doit être nourrie et soutenue par les meilleures données et les normes les plus élevées en matière de soins.

1.2 Accent provincial mis sur les hospitalisations évitables

Dans le cadre de la SEST, le MSSLD poursuit les initiatives provinciales visant à contribuer à la viabilité du système en améliorant la qualité des soins, en comblant les écarts entre les données probantes et la pratique et en soutenant les soins fondés sur les données probantes. La SEST a cerné la réduction du nombre d'hospitalisations évitables comme étant une priorité provinciale, et on s'attend également à ce que les améliorations à la qualité des soins prodigués aux Ontariens contribuent à la viabilité du système de santé.

Le MSSLD a organisé un Forum de leadership des chefs de file cliniques et du système de santé le 31 mai 2010 pour discuter des moteurs et tendances des hospitalisations dans la province et repérer les secteurs où l'on pourrait apporter d'autres améliorations, des secteurs où l'appui aux soins fondés sur les données probantes améliorerait la qualité des soins et les résultats pour les patients et permettrait de réduire les coûts du système. Le forum a porté sur les possibilités dans trois secteurs clés : réduire les hospitalisations primaires évitables, réduire le nombre de jours d'hospitalisation et réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital, tel que le montre la Figure 1 de la page 11.

Figure 1

Réduction du nombre d'hospitalisations évitables

	Moins d'événements indésirables évitables	Transitions plus efficaces en matière de soins	Meilleure prévention et gestion des maladies chroniques
	Les séjours à l'hôpital (admissions, réadmissions et séjours) pouvant être évités au moyen de meilleures pratiques de sécurité à l'hôpital ou dans la collectivité. Mesures de résultats possibles: Durée de séjour prévue ou réelle Réadmission (72 heures), infection nosocomiale, chutes, plaies de pression, erreurs de médication, incidents critiques.	Admissions et réadmissions pouvant être évitées grâce à de meilleures pratiques en matière de congé d'hôpital et à des transitions plus efficaces en matière de soins. Mesures de résultats possibles: Réadmission (7, 30, 90 jours); multiples réadmissions en psychiatrie.	Admissions et réadmissions qui pourraient être évitées grâce à une gestion plus efficace des maladies chroniques et à une autogestion par le patient. Mesures de résultats possibles: hospitalisation causée par une condition propice au traitement ambulatoire.
Milieux d'intervention	• Hôpital • Foyers de soins de longue durée • Collectivité (CASC/CSP)	• Hôpital • Collectivité (CASC/CSP, pharmacie) • Soins primaires • Foyers pour soins de longue durée • Santé mentale et toxicomanie	• Soins primaires • Santé publique
Stratégies harmonisées	• Financement de collaboration • Médecin le plus responsable • Rapports sur la sécurité des patients • Résidents d'abord	• Stratégies SU/ADNS • Soins intégrés du client • Santé mentale et toxicomanie • Bilan comparatif/MedsCheck	• Prévention et gestion des maladies chroniques • Stratégie pour le diabète • Soins de santé familiale pour tous

Une position et un consensus forts se sont dégagés du Forum dans certains secteurs, notamment:

- Les hospitalisations évitables constituent un enjeu important sur lequel se concentrer, mais cet enjeu couvre un très large spectre.
- Étant donné la réalisation d'importants travaux et l'accent déjà mis dans toute la province sur la réduction des événements indésirables et l'amélioration de la sécurité des patients dans les hôpitaux, un congé et une transition sécuritaires et efficaces vers le prochain lieu de soin pour réduire le nombre de réadmissions évitables constitueraient un secteur initial approprié sur lequel la province pourrait se concentrer. Le contexte élargi de la prévention des maladies chroniques et la gestion des soins primaires afin de réduire le nombre d'hospitalisations évitables pourrait constituer un centre d'intérêt à moyen terme.
- Ces efforts doivent être principalement axés sur les populations cibles et non sur des maladies précises et isolées.
- Populations d'intérêt clés cernées: d'abord et avant tout, les personnes âgées en perte d'autonomie, puis les personnes souffrant de multiples comorbidités, les patients souffrant de problèmes de santé mentale et les enfants souffrant de problèmes complexes.
- Les cibles précises doivent faire l'objet d'une validation auprès d'un autre groupe d'experts.

L'un des résultats du forum fut une recommandation visant à créer un comité consultatif pour orienter la province vers des initiatives axées sur la réduction du nombre de réadmissions et hospitalisations évitables dans le cadre de la SEST.

Les documents en lien avec le Forum se trouvent à l'Annexe 1.

1.3 Rôle du Comité consultatif

Le MSSLD a créé le Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables (« le Comité ») en septembre 2010. Ce Comité aura pour mandat de :

- fournir des conseils sur les mesures, les objectifs et les échéanciers les plus appropriés et axés sur la réduction du nombre de réadmissions ou hospitalisations évitables dans le cadre de la SEST;
- fournir des conseils sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui garantissent des transitions en matière de soins efficientes, efficaces, sécuritaires et axées sur le patient;
- fournir des conseils sur les stratégies pour l'établissement et la sélection de pratiques de pointe pour les transitions en matière de soins en Ontario qui seront compilées dans un registre ou « laboratoire vivant » de modèles novateurs de soins qui réduisent le nombre de réadmissions ou d'hospitalisations évitables;
- fournir des conseils sur les critères régionaux de données probantes pour les pratiques de pointe en Ontario;
- fournir des conseils sur l'adaptabilité et l'étendue des pratiques de pointe en Ontario;
- superviser les résultats des pratiques de transitions en matière de soins et évaluer leur impact sur les réadmissions;
- cerner les obstacles systémiques ou causés par des politiques et les catalyseurs de transitions en matière de soins sécuritaires, efficaces et axés sur le patient, y compris la politique de financement ainsi que les incitatifs ou éléments dissuasifs en lien avec le financement.

Le cadre de référence du Comité consultatif se trouve à l'Annexe 2.

Le Comité a été présidé par le D^r^ G. Ross Baker, professeur de politique, gestion et évaluation en matière de santé à l'Université de Toronto. Les membres du Comité sont issus de différentes disciplines et divers secteurs du système de santé, notamment des médecins de premier recours, des hospitalistes, des infirmières praticiennes, des chercheurs, des pharmaciens, des universitaires et des administrateurs de RLISS et d'hôpitaux, pour garantir que l'opinion de nombreux fournisseurs et intervenants soit représentée dans les discussions, délibérations et décisions du Comité.

Membres du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables

D^r^ G. Ross Baker, président du Comité consultatif, professeur,
Politique, gestion et évaluation en matière de santé, Université de Toronto

D^r^ Howard B. Abrams
Chef de division, médecine générale interne, Réseau universitaire de santé et Hôpital Mount Sinai
Directeur administratif, Centre d'innovation en soins complexes

D^r^ Chaim Bell
Président, Sécurité des patients et continuité des soins, IRSC/ICSP; médecin et chercheur,
Hôpital St. Michael's et Centre de recherche Keenan; chercheur auxiliaire, IRSS

Paula Blackstien-Hirsch
Directrice principale pour l'Ontario, Institut canadien pour la sécurité des patients

D^r^ Glenn Brown
Chef, Département de médecine familiale, Université Queen's

Patti A. Cochrane
Vice-présidente des services aux patients et de la qualité et infirmière en chef, Centre de santé Trillium

D^r^ Fionnella Crombie
Médecin en chef du Département de médecine familiale, St. Joseph's Healthcare Hamilton

Stacey Daub
Directrice générale, Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto-Centre

D^r^ Irfan Dhalla
Médecin et chercheur membre du personnel, Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's; professeur adjoint de médecine et de politique, gestion et évaluation en matière de santé, Université de Toronto; chercheur auxiliaire, IRSS

D^r^ Alan Forster
Codirecteur, Centre de la sécurité des patients de l'Hôpital d'Ottawa; professeur agrégé de médecine, Université d'Ottawa; chercheur au Programme d'épidémiologie clinique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Lori Frampton
Conseillère principale en amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario

D^r^ Joseph Lee
Président et médecin en chef, Équipe de santé familiale du Centre de médecine familiale (région de Waterloo)

Bill MacLeod
Directeur général, RLISS de Mississauga Halton

Cynthia Majewski
Directrice exécutive, Réseau pour des soins de santé de qualité

David Murray
Directeur général et président, Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre

Emily Lap Sum Musing
Directrice exécutive, Pharmacie, risques cliniques et qualité et agente de la sécurité des patients, Réseau universitaire de santé

D^r^ Peter Nord
Vice-président des affaires médicales et chef du personnel, Providence Healthcare

D^r^ Tia Pham
Médecin en chef de la salle virtuelle, Équipe de santé familiale du Sud-Est de Toronto

D^r^ Walter Wodchis
Professeur agrégé de politique, gestion et évaluation en matière de santé, Université de Toronto; co-dirigeant du réseau de recherche sur le rendement du système de santé; chercheur auxiliaire, Institut de recherche en services de santé (IRSS)

D^r^ Vandad Yousefi
Médecin en chef et directeur médical à la qualité, Sécurité et expérience des patients, Lakeridge Health

En plus des membres ci-haut mentionnés, les personnes ci-dessous du MSSLD ont participé en qualité de membres du Comité et ont appuyé celui-ci dans la réalisation de son mandat :

- Fredrika Scarth, chef, Direction de la qualité des services de santé; responsable, volet soins fondés sur les données probantes, Stratégie d'excellence des soins pour tous
- Sten Ardal, directeur, Direction de l'analytique en matière de santé
- Jillian Paul, chef, Direction de la qualité des services de santé; responsable, volet performance et résultats, Stratégie d'excellence des soins pour tous
- Roy Wyman, conseiller médicale, Direction de la mise en œuvre

1.4 Méthodologie

Pour mener à bien ses tâches, le Comité a mandaté des études des documents, par région administrative, portant sur les interventions visant à réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital. Le Comité a également étudié les données administratives portant sur les réadmissions et les documents de recherche portant sur les initiatives et mesures en matière de réadmission.

Le Comité a formé trois groupes de travail pour qu'ils formulent des recommandations et une orientation sur certains éléments particuliers :

1. Étudier et recommander des mesures et objectifs pour surveiller la réduction du nombre de réadmissions;
2. Définir une éventuelle orientation en matière de pratiques exemplaires à l'échelle clinique et organisationnelle pour réduire le nombre de réadmissions;
3. Créer un registre des pratiques de pointe en Ontario, ainsi que des outils ou approches pour soutenir l'apprentissage entre pairs des fournisseurs de services de santé.

Le rapport et les recommandations qui suivent sont le fruit des résultats des groupes de travail et des délibérations des membres du Comité.

La situation actuelle et données probantes en matière d'intervention

La situation actuelle et données probantes en matière d'intervention

Les hospitalisations évitables comprennent celles qui auraient pu être évitées grâce à des soins primaires complets axés sur la gestion et la prévention des maladies chroniques (dans le cas de patients souffrant de maladies parfois appelées conditions propices au traitement ambulatoire); le nombre de jours d'hospitalisation causés par des événements indésirables évitables en milieu hospitalier; réadmissions à l'hôpital qui auraient pu être évitées si les soins prodigués à l'hôpital ou les soins prodigués après la sortie de l'hôpital avaient été optimisés. Plusieurs facteurs contributifs mènent à un taux élevé d'hospitalisations évitables, de réhospitalisations et de jours d'hospitalisation supplémentaires. Le fait de prévenir des hospitalisations évitables signifie une meilleure qualité de soins pour les patients ainsi qu'une plus grande valeur et viabilité du système. Tout en reconnaissant l'importance des trois causes menant aux réadmissions, le Comité s'est concentré sur des stratégies visant à réduire le nombre de réadmissions à la suite d'un transfert de l'hôpital vers un milieu communautaire.

2.1 Les causes des réadmissions non planifiées

On peut percevoir les réadmissions à l'hôpital comme un signe de l'échec du système : elles se produisent souvent en raison de lacunes en matière de soins et de communications, alors que les patients sont transférés d'un milieu hospitalier au milieu de soins suivant (domicile, soins communautaires, foyer de soins de longue durée, etc.), et elles sont représentatives de la complexité des transitions dans un système de santé au sein duquel les soins sont prodigués par de nombreux fournisseurs aux responsabilités différentes.

Les réadmissions non planifiées dans un délai de 30 jours représentaient environ 705 millions de dollars en frais hospitaliers en Ontario en 2008-2009, et un grand nombre de ces hospitalisations auraient pu être évitées. En Ontario, le taux de réadmission dans un délai de 30 jours, soit 15 pour cent, est élevé en comparaison avec certains des meilleurs systèmes de santé. Fait encore plus évocateur, un écart important existe entre les 14 RLISS, variant de 13 pour cent à 18 pour cent, ce qui porte à croire qu'il y a place à amélioration en Ontario.

Une analyse des données administratives de la province montre que les réadmissions se produisent plus fréquemment chez les aînés souffrant de problèmes complexes, et qu'il existe certaines conditions ou diagnostics précis pour lesquels les taux de réadmission sont constamment plus élevés dans toute la province. Ces diagnostics incluent les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC). Toutefois, aucune catégorie de condition ou diagnostic ne compte pour la majorité des réadmissions, et les réadmissions se produisent souvent pour des raisons non liées à l'admission originale et à dans hôpitaux qui n'étaient pas le lieux d'admission originale, ce qui porte à croire qu'il faudra peut-être recourir à davantage de stratégies axées sur la population en général et stratégies axées sur certaines maladies pour corriger a situation.

Il est difficile d'établir avec précision le nombre exact de réadmissions actuelles à l'hôpital qui pourraient être évitées. Tous comprennent et s'attendent à ce que certaines réadmissions se produisent encore dans le cas de patients souffrant de problèmes médicaux complexes, et par conséquent, tous les cas de réadmissions à l'hôpital ne peuvent être considérés comme étant évitables. Un examen récent de 34 études qui évaluaient la proportion de réadmissions considérées évitables a conclu que la proportion médiane de réadmissions jugées évitables était de 27,1 pour cent, mais qu'elle variait de 5 pour cent à 79 pour cent (Walraven et al., 2011).

Les chercheurs qui évaluent les réadmissions évitables se limitent souvent aux causes cliniques, ce qui peut entraîner une vision étroite des causes de réadmissions évitables. Un essai clinique randomisé a démontré que les réadmissions à l'hôpital ne se produisent pas seulement pour des raisons cliniques, mais également pour

des raisons socioéconomiques et administratives (Naylor et al. 1999). Des données de 2007 provenant des États-Unis suggèrent que 76 pour cent des réadmissions dans un délai de 30 jours pouvaient possiblement être évitées (MedPAC 2007). Les réadmissions à l'hôpital sont souvent le résultat de lacunes dans la coordination et la communication au sein du système de santé, par exemple le fait de ne pas s'assurer qu'une visite de suivi du patient est prévue chez son médecin de premier recours au moment où le patient reçoit son congé de l'hôpital (Goldfield, 2011). Toute l'équipe de soins de santé, avec la collaboration des fournisseurs de soins de la collectivité, doit travailler ensemble à réduire le nombre de réadmissions dues à des causes non cliniques. Les réadmissions ne sont pas uniquement liées aux activités hospitalières, ce qui signifie qu'il faut impérativement s'assurer d'une communication et d'une coordination efficaces pour appuyer une transition sécuritaire et efficace dans tous les secteurs du continuum de soins.

2.2 Interventions visant à réduire le nombre de réadmissions non planifiées

Il existe de plus en plus de données probantes – bien qu'en nombre encore limité – sur l'efficacité d'interventions visant à réduire le nombre d'hospitalisations évitables. Ces interventions peuvent être axées sur différentes étapes du séjour du patient, par exemple la gestion préventive des personnes présentant un risque élevé d'admission, les services qui gèrent les maladies aiguës (ou exacerbations de maladies chroniques) sans avoir recours à une admission hospitalière, jusqu'aux interventions visant à améliorer la sortie de l'hôpital du patient et sa transition depuis l'hôpital (Purdy, 2010).

En ce qui a trait plus particulièrement à la prévention des réadmissions non planifiées, il existe des données probantes voulant que le nombre de réadmissions puisse être réduit en portant attention à certaines pratiques exemplaires clés au moment de la sortie de l'hôpital d'un patient et sa transition vers le prochain milieu de soins. Une grande partie des données probantes qui existent sur les interventions en matière de sortie de l'hôpital et de transition ont été intégrées aux documents d'orientation préparés par le Fonds du Commonwealth, en partenariat avec l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Nielsen, 2009). L'orientation de l'IHI se divise en quatre catégories :

I. Évaluation améliorée de l'admission en prévision des besoins hospitaliers
II. Enseignement et apprentissage améliorés
III. Communication sur le transfert axée sur le patient et sa famille
IV. Suivi des soins post-hospitaliers

Les documents d'orientation de l'IHI se trouvent à l'adresse http://www.ihi.org

Plusieurs interventions dans d'autres régions administratives ont donné des résultats prometteurs en matière de réduction des réadmissions non planifiées. Voici un résumé de plusieurs des plus prometteuses :

L'intervention **Soins transitionnels** a été mise sur pied pour cibler les patients hospitalisés en raison d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC) et à recours à des infirmières en pratique avancée très bien formées pour administrer l'intervention. Ces infirmières en pratique avancée ont rencontré les patients à l'hôpital et à leur domicile peu de temps après leur congé de l'hôpital pour leur offrir un encadrement serré et les renseigner sur la médication, les soins autoadministrés et la reconnaissance des symptômes. Au cours de l'année suivant le congé de l'hôpital, le nombre de réadmissions à l'hôpital par année patient dans le groupe de traitement a été 34 pour cent moins élevé que dans le groupe de contrôle (Naylor et al., 2004). De plus, les taux de réadmission dans le groupe de traitement étaient de 44,9 pour cent, par rapport à 55,4 pour cent dans le groupe de contrôle, une diminution de 10,5 points de pourcentage. Après un an, le total des coûts moyens engendrés par les patients du groupe de traitement étaient 39 pour cent moins élevés que ceux des patients du groupe de contrôle (Naylor et al., 2004). L'initiative Soins transitionnels a maintenant été étendue pour se concentrer de façon élargie à tous les patients à risque de réadmission

L'**Intervention pour les transitions en matière de soins** est une intervention de quatre semaines axée sur l'amélioration des transitions en matière de soins en favorisant de meilleures compétences d'autogestion pour les patients de 65 ans et plus vivant dans la collectivité. Les quatre principales composantes de l'intervention sont l'autogestion des médicaments, un dossier de santé axé sur le patient; un suivi avec le médecin; une connaissance des signes et symptômes avant-coureurs et comment y réagir (Coleman et al. 2006). Un accompagnateur de transition (infirmière) effectue une visite à domicile dans un délai de 72 heures suivant le congé de l'hôpital et discute avec le patient par téléphone aux jours 2, 7 et 14 suivant son congé de l'hôpital. L'accompagnateur prépare le patient aux rencontres à venir avec les fournisseurs de soins de santé et aide le patient à dresser un bilan comparatif de ses médicaments ou à repérer toute divergence dans ceux-ci et sert de personne-ressource unique. Une évaluation des patients admis avec l'une de dix problématiques a été réalisée par le D^r Eric Coleman et ses collègues. Les patients ayant participé au programme de transitions en matière de soins étaient beaucoup moins susceptibles de subir une autre hospitalisation que ceux faisant l'objet d'un contrôle à 30, 90 et 180 jours suivant le congé de l'hôpital. Le délai avant une réadmission à l'hôpital était beaucoup plus long chez les patients du groupe du programme de transitions en matière de soins que chez ceux faisant l'objet de contrôles (225,5 jours, par rapport à 217,0 jours). On a évalué que l'économie de coûts associée à l'intervention chez 350 patients serait de 296 000 $US sur une période de 12 mois (Coleman et al. 2006).

Le Projet de réingénierie du congé d'hôpital est un procédé visant à améliorer la coordination du congé de l'hôpital. Le projet se déroule dans un hôpital en milieu urbain qui dessert une population à faibles revenus et aux origines ethniques diverses. L'intervention comprend un certain nombre de composantes, facilitées par une infirmière spécialement formée et appelée Défenseure du congé d'hôpital, qui accomplit les tâches suivantes : éduque les patients sur les diagnostics tout au long du séjour à l'hôpital; prend les rendez-vous de suivi clinique, fait un suivi des résultats aux tests et tests suivant le congé d'hôpital; organise les services suivant le congé d'hôpital; confirme le plan de médication; dresse un bilan comparatif du plan de congé et des directives nationales et des cheminements cliniques; remet au patient un plan de congé écrit, évalue la compréhension qu'a le patient du plan; évalue la marche à suivre si un problème survient; accélère la transmission du sommaire du congé aux fournisseurs de services externes; demande de renforcer le plan de congé et d'offrir une résolution de problème 2 à 3 jours suivant le congé d'hôpital. L'intervention a grandement réduit l'utilisation des services hospitaliers (Jack et al. 2009, tel que cité dans Boutwell et al. 2009).

L'Hôpital général du Massachusetts et l'Université de Californie, à San Francisco, ont mis au point une **approche axée sur le patient et supervisée par une infirmière** qui allie une entraide continue d'un aîné formé à des visites à domicile et des appels téléphoniques de suivi d'une infirmière en pratique avancée dans le cas de patients aînés non jumelés obtenant leur congé de l'hôpital après un infarctus ou un pontage coronarien Le programme vise à encourager l'adhésion à leur régime posologique et aux changements recommandés à leur mode de vie, avec pour objectif de réduire le nombre d'admissions à l'hôpital. Un essai contrôlé randomisé étudiant des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 a démontré que le programme améliorait l'adhésion aux recommandations médicales et réduisait le nombre d'hospitalisations causées par des complications cardiaques, mais ne contribuait pas à réduire le nombre général de réadmissions à l'hôpital (Carroll et al. 2007, tel que cité dans AHRQ 2008a).

Un programme de gestion des soins interdisciplinaire après le congé d'hôpital intègre des soins médicaux et sociaux à l'intention de patients âgés et à faibles revenus souffrant de maladies chroniques. Le programme comprend la préparation et la révision d'un plan de soins, des visites à domicile et l'éducation des patients. Une étude pilote de type « avant et après » réalisée au centre Summa Care à Akron, en Ohio, a conclu que le programme permettait de réaliser des économies d'environ 600 $ à 1 000 $ par patient par mois en raison d'un nombre moins élevé d'hospitalisations (Wright et al. 2007, tel que cité dans AHRQ 2008b).

Le **Programme de transition vers le domicile pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque** de l'Hôpital St. Luke's à Cedar Rapids, en Iowa, intègre un certain nombre de composantes pour garantir une

transition sécuritaire des patients vers leur domicile ou un autre milieu de soins. Ces composantes incluent une évaluation améliorée des besoins suivant le congé d'hôpital au moment de l'admission, une éducation en profondeur des patients et des soignants, une communication axée sur le patient avec les soignants subséquents au moment du transfert, ainsi qu'un procédé normalisé pour le suivi des soins postactifs. Une comparaison de type « avant et après » a conclu que le programme permettait de réduire le taux de réadmission dans les 30 jours suivant le congé d'hôpital des patients souffrant d'insuffisance cardiaque de 14 pour cent à 6 pour cent (The Institute for Healthcare Improvement et la Robert Wood Johnson Foundation, tel que cité dans AHRQ 2009c).

Le **programme de soins de santé à domicile et de télémédecine** dessert les patients ayant récemment obtenu leur congé de l'hôpital et soufrant d'insuffisance cardiaque congestive ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques. L'intervention se base sur deux éléments clés à la suite du retour du patient à la maison. Un technicien installe le matériel nécessaire au système de télésanté. Par la suite, une infirmière spécialisée en télémédecine effectue une rencontre préliminaire par vidéo pendant la première semaine suivant le congé de l'hôpital et visite le patient à distance par vidéo une à trois fois par semaine. L'infirmière traditionnelle de soins à domicile visite le patient de télésanté une fois par semaine. Les données sont transmises à l'infirmière de télésanté. Ces données sont saisies directement dans le système de TI presbytérien; tout paramètre anormal déclenche une alerte qui avertit l'infirmière. Celle-ci peut réinitier les soins à domicile dans un effort visant à empêcher l'hospitalisation. Les résultats indiquent que le taux de réhospitalisation des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive est passé de 6 pour cent avant le programme à environ 1 pour cent après le lancement du programme. Le coût des unités de télémédecine (environ 5 500 $) est inférieur aux coûts d'une admission à l'hôpital, ce qui prouve le rendement sur capital investi pour l'organisation (Boutwell et al. 2009).

Le programme **Transformer les soins au chevet du patient** était un programme national de la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) et de l'HI. L'un des changements les plus prometteurs élaboré dans le cadre de ce programme consiste à « créer une transition idéale vers le domicile » pour les patients ayant obtenu leur congé d'unités médicales et chirurgicales d'un hôpital. La vision initiale de cette intervention était d'améliorer les transitions vers le domicile pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Les quatre éléments essentiels de l'intervention sont : évaluation améliorée à l'admission des besoins suivant le congé d'hôpital; enseignement et apprentissage améliorés; communication axée sur les patients et leur famille au moment du transfert; suivi rapide des soins postactifs. Les employés de l'Hôpital St. Luke à Cedar Rapids, en Iowa, ont noté une réduction de 50 pour cent du nombre de réhospitalisations, passant d'une moyenne de 14 pour cent à une moyenne courante de 7 pour cent (Neilson et al. 2008, tel que cité dans Boutwell et al. 2009).

Examen d'un clinicien principal aux urgences : Le King's Fund rapporte que lorsque des patients aux urgences sont examinés par un clinicien principal, l'admission de patients peut être réduite de plus de 10 pour cent et les admissions à l'unité d'évaluation des soins actifs de plus de 20 pour cent (Ham, 2010).

Continuité des soins avec le médecin de famille : Le King's Fund rapporte que les patients qui vivent une continuité des soins avec leur médecin de famille sont moins susceptibles d'être réadmis à l'hôpital pour des conditions propices au traitement ambulatoire (asthme, angine, maladies du cœur, hypertension, épilepsie, diabète, MPOC et pneumonie) (Ham, 2010).

Hôpital à la maison : Le King's Fund rapporte que lorsque des services spéciaux sont offerts dans le but de fournir aux patients des soins hospitaliers à domicile, ces services peuvent donner des résultats semblables à ceux d'une hospitalisation, à un coût équivalent ou inférieur (Ham, 2010).

Gestion de cas active des personnes souffrant de problèmes de santé mentale : Le King's Fund rapporte que lorsqu'une gestion active et intensive de cas est effectuée par une équipe multidisciplinaire dans le cas de personnes souffrant de problèmes de santé mentale, il est possible de réduire l'éventualité de leur admission (Ham, 2010).

Planification structurée de congé d'hôpital : Le King's Fund rapporte que lorsqu'un plan structuré de congé d'hôpital, adapté à chaque patient, est élaboré, il est possible de réduire la durée du séjour et les taux de réadmission, ainsi que d'augmenter la satisfaction des patients (Ham, 2010).

De solides données probantes suggèrent également que de nombreuses interventions, qui normalement devraient permettre d'éviter des réadmissions à l'hôpital, n'ont aucun effet sur les réadmissions (Ham, 2010). Ces interventions incluent :

- les soins intermédiaires et les programmes de réadaptation
- la gestion de cas des personnes âgées en pertes d'autonomie (qui peut repérer d'autres personnes à risque)
- suivi téléphonique après le congé de l'hôpital

Ces études ont été réalisées dans différents milieux aux États-Unis et au Royaume-Uni. On trouve plusieurs éléments communs dans les interventions ciblant l'amélioration des transitions en matière de soins et la réduction de l'incidence de réhospitalisations chez les populations ciblées. Des transitions efficaces en matière de soins intègrent une meilleure planification du congé de l'hôpital, une meilleure communication entre les cliniciens de différents milieux ainsi qu'entre les cliniciens et les patients, un bilan comparatif des médicaments et la gestion du moment où le patient retourne à la maison, une éducation des patients et des soignants, ainsi qu'un suivi rapide en soins primaires dans la collectivité.

Un récent examen des interventions pour la transition en matière de soins, notamment des études portant sur les interventions individuelles pour améliorer les transitions (par exemple une planification améliorée du congé d'hôpital) (Hansen et al., 2011), n'a permis d'obtenir qu'un nombre limité de données probantes concernant l'efficacité de ces interventions. Toutefois, certaines études ayant mis en œuvre un « un grand nombre » d'interventions (comme le recours à une infirmière en pratique avancée qui visite les patients avant leur congé de l'hôpital et après leur retour à la maison, ainsi qu'un bilan comparatif des médicaments et un suivi ambulatoire approprié) ont obtenu des résultats significatifs. Cet examen laisse entendre un besoin d'élaborer des stratégies de transitions en matière de soins qui englobent de nombreuses composantes, de mettre à l'essai et de peaufiner ces stratégies sur le terrain (plutôt que de simplement adopter des pratiques utilisées ailleurs) et d'étudier soigneusement leur impact afin d'en évaluer l'efficacité et l'efficience.

Certaines pratiques et interventions prometteuses élaborées dans d'autres milieux pour réduire le nombre de réadmissions ont été définies et font l'objet de projets pilotes en Ontario. Voici certaines de ces pratiques clés :

1. La **salle virtuelle** constitue un partenariat novateur entre l'Hôpital St. Michael's, le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Toronto, l'Hôpital Women's College, le Réseau universitaire de santé et l'Hôpital Sunnybrook. Dans le cadre de ce programme, les patients jugés à risque d'être réadmis à l'hôpital (selon une évaluation du risque, l'indice LACE – décrit plus bas) sont « admis » à la salle virtuelle le jour où ils quittent l'hôpital. Ils reçoivent des soins à domicile prodigués par une équipe interdisciplinaire qui offre une gestion de cas offerte par le CASC et un soutien médical hospitalier, qui intègrent des soins postactifs, primaires et à domiciles. L'équipe de la salle virtuelle partage un ensemble de notes communes, se réunit chaque jour, offre les services d'un médecin 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, et dispose de son propre commis de salle du CASC qui peut prendre les messages et coordonner les activités.

   Les résultats obtenus dans d'autres régions administratives portent à croire que la salle virtuelle est en mesure de réduire les taux de réadmission après 30 et 90 jours de 33 pour cent à 50 pour cent. La possibilité pour les salles virtuelles de permettre des économies de coûts dépend de plusieurs facteurs, y compris le nombre de patients desservis, le profil de risque des patients, la proportion du nombre de réadmissions pouvant être évitées, ainsi que les coûts additionnels des soins prodigués au moyen de la salle virtuelle. Les premières estimations donnent à penser que la salle virtuelle doit permettre de prévenir environ le tiers

des réadmissions afin d'être rentable. La salle virtuelle a également démontré avec succès l'intégration interorganisationnelle et du secteur au point de soins.

Un deuxième projet pilote de salle virtuelle est aussi en cours pour les patients de l'Hôpital Toronto East General et de l'équipe de santé familiale du Sud-Est.

2. **Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les transitions en matière de soins** est un projet pilote adapté de l'Intervention pour les transitions en matière de soins d'Eric Coleman. Ce projet est axé sur le rôle d'un guide de transition en matière de soins qui visite les patients à risque avant qu'ils ne quittent l'hôpital, puis une fois qu'ils sont de retour à la maison. Le guide de transition en matière de soins est une infirmière praticienne qui éduque le patient, veille à ce que les rendez-vous de suivi soient pris et dresse un bilan comparatif des médicaments du patient à la maison. Le programme a pour objectif d'améliorer les résultats pour le patient, de réduire les événements indésirables et, tout particulièrement, de réduire les réadmissions. La population cible inclut les patients dont la situation médicale est complexe et admis à la salle médicale générale de deux endroits d'un hôpital universitaire. Ces patients sont susceptibles d'avoir besoin de services de santé à la maison et présentent un risque élevé de réadmission.

   En plus d'évaluer l'impact de l'intervention, l'étude évalue l'impact du contexte de la politique et du système de santé sur la réussite de l'intervention et dans quelle mesure l'intervention doit être adaptée pour correspondre aux modèles régionaux de prestation des services. À deux endroits au Sud-Ouest de l'Ontario, une infirmière praticienne du CASC visite les patients avant et après leur congé des soins actifs pour préparer un plan de soins et dresser un bilan comparatif des médicaments au domicile du patient. L'infirmière praticienne a été en mesure d'accéder à la base de données de l'hôpital, y compris à une liste des maladies et médicaments, afin de pouvoir procéder au bilan comparatif des médicaments, à l'éducation et à la gestion à la résidence.

   Le bilan comparatif des médicaments a permis de mettre à jour des divergences dans le cas de nombreux patients. Dans le cadre d'interviews de suivi par téléphone, les clients ont fait part d'un manque de compréhension des effets secondaires des médicaments, des signes et symptômes avant-coureurs et des éléments qu'ils devaient surveiller. Les premières données sur les rendez-vous de suivi avec les médecins de première ligne indiquent également des difficultés à organiser les soins de suivi. L'intervention et l'évaluation se poursuivent, avec un objectif de rencontrer 150 clients de la population ciblée par l'intervention d'ici la fin de 2011.

3. **L'indice LACE** est un outil convivial conçu pour prédire le risque de décès ou de réadmission non planifiée de patients médicaux ou de chirurgie dont la fonction cognitive est intacte après leur congé de l'hôpital et leur retour dans la collectivité. L'outil LACE a fait l'objet de projets pilotes dans plusieurs établissements, notamment le Centre de santé Trillium, et on se base sur un résultat de 10 ou plus (sur 18) pour déterminer l'admissibilité d'un patient à la salle virtuelle et aux projets visant à améliorer la qualité et la sécurité dans les transitions en matière de soins. L'indice LACE se compose de quatre éléments : durée du séjour, gravité de l'admission, comorbidité du patient et nombre de visites aux urgences. Contrairement à d'autres outils d'évaluation du risque, l'indice LACE est simple, puisque la plupart des données sont facilement accessibles par les cliniciens en consultant le dossier des patients ou en interrogeant les patients.

   Pour traiter l'indice LACE, l'infirmière responsable (ou chef d'équipe) évalue le dossier du patient et remplit la carte de pointage de l'indice LACE en attribuant un point aux patients pour chacun des quatre facteurs. Selon le résultat du patient à l'indice LACE, on organise des services améliorés axés sur l'amélioration des transitions en matière de soins, y compris un soutien en matière de soins postactifs. Les patients qui obtiennent un résultat de 10 ou plus à l'indice LACE présentent un risque de réadmission dans un délai de 30 jours de 19,1 pour cent et un risque de réadmission dans un délai de 90 jours de 31,7 pour cent.

4. Le **programme de télésanté de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa** consiste en un programme de télémonitorage à domicile qui réduit le nombre de réadmissions à l'hôpital. Avec ce programme, des sommes dévolues à la santé sont épargnées, tandis que la qualité de vie et la qualité des soins sont améliorées du fait de la supervision des patients assurée par un contact quotidien à distance.

   Les patients sont suivis de près pour une durée allant jusqu'à trois mois après leur congé à l'aide d'un système portatif de télémonitorage à domicile. On enseigne aux patients à vérifier et à transmettre les données sur leurs signes vitaux quotidiennement. Les données sont transmises par téléphone au poste de monitorage central de l'Institut de cardiologie. Une infirmière rappelle immédiatement le patient si une des données transmises est inquiétante ou équivoque, ou si le patient demande de l'aide (le rapport infirmière-patient est de 1 infirmière pour 30 à 40 patients).

   Une évaluation du programme a permis d'établir que le taux de réadmission a chuté à 14,8 pour cent dans les 6 mois après le début du suivi des patients par le programme de télémonitorage, ce qui représente une diminution de 54 pour cent. On a aussi noté que le programme permettait d'épargner jusqu'à 20 000 $ pour chaque patient dispensé en toute sécurité d'une visite au service des urgences, d'une réadmission et d'un séjour à l'hôpital.

Le contexte du changement en Ontario

Le contexte du changement en Ontario

Les données actuelles suggèrent des occasions de renforcer une vision provinciale axée sur la réduction du nombre de réadmissions en harmonisant la diffusion de l'orientation en matière de pratiques exemplaires tout en portant attention à d'autres leviers de changement importants, notamment des incitatifs de financement et les responsabilités des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS).

Les structures de financement actuelles de l'Ontario n'offrent pas aux hôpitaux d'incitatifs importants pour investir dans des procédés améliorés de transition en matière de soins visant à réduire le nombre de réadmissions des patients; une fois qu'un patient a obtenu son congé de l'hôpital, l'hôpital n'a plus la responsabilité des soins qui lui sont prodigués.

Un Comité consultatif de la mise en œuvre du paiement axé sur les patients a été formé par le MSSLD afin d'offrir des conseils sur l'élaboration d'un cadre stratégique pour orienter la conception d'un nouveau système de financement et d'une méthodologie venant appuyer ce système. Le Comité a recommandé la mise en œuvre d'une politique de financement en matière de réadmission en parallèle avec d'autres initiatives provinciales afin de réduire le nombre de réadmissions, par exemple des soutiens à l'amélioration de la qualité, la communication de pratiques exemplaires et l'adoption d'outils permettant d'établir les risques des patients.

Une politique de financement liée à des taux de réadmission à l'hôpital pourrait créer des incitatifs pour élargir l'épisode de soins d'un hôpital à la collectivité une fois que le patient a quitté l'hôpital, créant une analyse de rentabilisation pour promouvoir l'adoption de pratiques efficaces, fondées sur des données probantes pour réduire le nombre de réadmissions. Le MSSLD fait le suivi des indicateurs de réadmission dans un délai de 30 jours et vise un ensemble de 25 groupes de maladies analogues (GMA) et des GMA à haut volume dans l'accord de rendement enter le MSSLD et les RLISS.

Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) mandatés par la LEST constituent un autre levier clé favorisant le changement. La LEST exige que, chaque année, les organismes de santé (à commencer par les hôpitaux) préparent un PAQ pour le prochain exercice et le rendent public. Ces plans constituent une occasion de mettre en lumière l'engagement d'un organisme envers :

- la prestation de soins de santé de grande qualité;
- la création d'une expérience positive pour le patient;
- l'assurance qu'il est réceptif et responsable envers le public;
- la responsabilisation de son équipe de direction en matière de réalisations;
- sa transparence.

En 2010-2011, on a établi que le taux de réadmission dans un délai de 30 jours constituait un indicateur d'intérêt dans les PAQ des hôpitaux.

De plus, le MSSLD établit des objectifs avec chaque RLISS en matière de taux de réadmission dans un délai de 30 jours en vertu de l'accord de rendement entre le MSSLD et les RLISS. Les objectifs se veulent réalistes, mais visent aussi à inspirer la confiance envers le système en faisant état des progrès réalisés pour ces indicateurs. L'exercice financier 2010-2011 fut le premier où cette mesure fut comprise dans l'accord de rendement. Les objectifs représentent les moyennes provinciales ajustées selon les risques avec les réductions fondées sur des données probantes dans les cas d'ICC et de MPOC. Les taux de réadmission constituent des indicateurs importants de la qualité des soins prodigués aux patients hospitalisés et des services prodigués après le congé de l'hôpital, en particulier alors que les hôpitaux évoluent vers des séjours plus courts et l'amélioration de l'intégration dans le continuum des soins. Le taux de réadmission dans un délai de 30 jours fait la promotion d'un accès égal à des soins de qualité dans un RLISS.

Recommandations du Comité

Recommandations du Comité

Le Comité entrevoit un futur système de santé au sein duquel les soins non actifs font l'objet d'une meilleure intégration et les transitions en matière de soins sont conçues pour améliorer les résultats pour les patients et réduire la possibilité de réadmission. Les modèles régionaux exceptionnels d'intégration qui existent à l'heure actuelle en Ontario (p. ex. : la salle virtuelle du RLISS de Toronto-Centre) seront légion. L'hospitalisation sera grandement axée sur les personnes atteintes de maladie aiguë plutôt que celles atteintes d'une maladie chronique. Les personnes âgées en perte d'autonomie, les enfants aux besoins complexes et les autres personnes présentant un risque élevé d'admission et de réadmission à l'hôpital auront un accès fiable aux soins communautaires, multidisciplinaires et préventifs au moment où ils en besoin. En fonction de cette vision, le Comité offre au MSSLD, aux praticiens sur le terrain et à QSSO des recommandations de changements à apporter au système de santé en général.

Recommandations d'ordre général :

1. Le Comité recommande une vision initiale et intensive axée sur l'amélioration des transitions d'un milieu de soins actifs à un milieu communautaire afin de réduire le nombre de réadmissions non planifiées. D'importants centres d'intérêts futurs incluent des soins primaires améliorés et une réduction du nombre et de la fréquence des admissions à l'hôpital dans le cas de maladies précises, par exemples des conditions propices au traitement ambulatoire.

2. Tous les secteurs du système de santé ont un rôle à jouer dans les transitions de grande qualité, y compris les soins actifs, les omnipraticiens et les fournisseurs de soins communautaires. Les évaluations de rendement doivent être représentatives de cette responsabilisation partagée du système de santé élargi, et reconnaître que les différences régionales (entre des milieux ruraux et urbains, par exemple) sont inévitables et peuvent être appropriées.

3. Le Comité recommande un examen à haut niveau des politiques et autres contraintes du système concernant la mise en œuvre de stratégies visant à réduire le nombre d'hospitalisations et de réadmissions évitables, en particulier en ce qui a trait aux éléments suivants :

   a) un suivi rapide des soins primaires qui comprend un soutien infirmier à la suite du congé de l'hôpital pour les patients présentant un risque élevé;
   b) un soutien accru en consultation de spécialiste (gériatrie, bilan comparatif des médicaments, résultats de laboratoire, diagnostics, etc.) dans les soins primaires;
   c) politique de paiement pour appuyer les changements en conjonction avec des pratiques exemplaires éprouvées.

   La première étape nécessaire pour réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital consiste à s'attaquer aux contraintes systémiques connues. Par conséquent, le Comité est d'accord avec la recommandation du Comité consultatif de la mise en œuvre du paiement axé sur les patients voulant qu'une politique de financement basée sur les réadmissions soit mise en œuvre en parallèle avec d'autres initiatives provinciales afin de réduire le nombre de réadmissions.

4. Le Comité approuve l'attention soutenue accordée aux groupes de personnes dont le risque élevé de réadmission a été prouvé. Les enjeux sous-jacents sont non seulement liés au diagnostic ou à la maladie, mais également aux besoins en soins sociaux des patients et de leur famille.

5. Le Comité recommande que le MSSLD garantisse que les efforts nécessaires sont apportés pour renforcer les ressources humaines en matière de soins à domiciles et communautaires afin d'appuyer l'objectif d'améliorer les transitions en matière de soins. Ces efforts incluent le renforcement des programmes des CASC et des soins à domicile afin qu'ils englobent un appui à la transition. De tels programmes doivent tenir compte d'un éventail de services professionnels afin de réduire la possibilité de réadmission.

6. Bien que de plus en plus de pratiques efficaces soient reconnues pour améliorer les transitions, la mise en œuvre de telles pratiques est difficile, puisqu'il faut coordonner de nombreux fournisseurs de services de santé pour garantir une transition sans heurt pour les patients. Le Comité recommande que le MSSLD appuie une diffusion calculée et incrémentielle de pratiques exemplaires au moyen de programmes d'amélioration axés sur l'action qui se basent sur des projets pilotes actuels (p. ex. : salle virtuelle, initiatives de transitions en matière de soins). Une attention soutenue accordée au bilan comparatif des médicaments effectué à la sortie de l'hôpital du patient et à son domicile à la suite d'une transition constitue un élément essentiel d'une transition efficace et les efforts doivent être ciblés sur les améliorations dans ce secteur.

   Le Comité reconnaît que, dans différentes régions de la province, différentes stratégies adaptées aux contextes régionaux et utilisant des ressources différentes seront nécessaires. Le modèle collaboratif d'amélioration de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) représente le modèle recommandé par le Comité pour élaborer et évaluer les pratiques et les appuis dont ont besoin les hôpitaux, les CASC, les fournisseurs de soins primaires et autres fournisseurs pour tester et mettre à l'essai les pratiques exemplaires. L'expérience vécue en Ontario et ailleurs, ainsi que les données probantes de différentes études suggèrent qu'il faut de multiples interventions pour améliorer la planification et les soins avant le congé de l'hôpital, à la sortie de l'hôpital et au moment de fournir les renseignements essentiels dans toute la transition. De telles interventions complexes sont difficiles à mettre en œuvre. Par conséquent, il est essentiel de consacrer des efforts pour étudier de façon exhaustive comment mettre en œuvre ces interventions complexes, tout en intégrant des pratiques importantes, mais représentant un défi, par exemple le bilan comparatif des médicaments au moment où un patient quitte l'hôpital et celui où il retourne dans la collectivité. L'évaluation de ces interventions est aussi nécessaire pour en évaluer l'impact.

Recommandations faites au MSSLD concernant une harmonisation à l'échelle du système du financement, des responsabilisations, de l'évaluation et des rapports.

7. Le Comité recommande une clarification de la responsabilisation en matière de soins prodigués aux patients au moment où ils transitent d'un fournisseur de services de santé à l'autre.

8. Le Comité recommande une responsabilisation harmonisée dans les cas où les fournisseurs partagent la responsabilité des soins prodigués à un patient. Des indicateurs comparables ou complémentaires doivent être intégrés à chaque entente de responsabilisation (entre le Ministère et les RLISS, ententes de responsabilisation avec les fournisseurs, etc.), ainsi qu'une définition des responsabilités communes.

9. Les fournisseurs de services de santé qui préparent un PAQ annuel exigé par la LEST doivent cibler des améliorations aux soins prodigués aux points de transition et entre ceux-ci au cours du séjour d'un patient[1].

10. Les données de réadmission d'un hôpital doivent être disponibles et facilement accessibles aux professionnels de la santé à l'échelle régionale (p. ex. : salle virtuelle ou service). Ces données doivent inclure les réadmissions à d'autres hôpitaux et non simplement celles au même hôpital. Ces données doivent de plus être disponibles rapidement (c.-à-d. dans un délai de 1 à 3 mois) pour faciliter un cycle rapide de l'amélioration de la qualité.

---

[1] 27 hôpitaux ont choisi l'indicateur de réadmission dans un délai de 30 jours comme priorité de leur Plan d'amélioration de la qualité 2011-2012, et huit autres ont choisi un indicateur de « réadmission » autre que l'indicateur principal recommandé. De ce nombre, trois hôpitaux ont choisi plus d'un indicateur de « réadmission » (c.-à-d. principal + non principal).

11. Le Comité recommande que les indicateurs de résultats et de progrès fassent l'objet d'un suivi dans le cadre d'une vision provinciale axée sur la réduction des réadmissions.

Huit indicateurs sont déjà disponibles [responsabilité mentionnée entre crochets] :

a) Délai entre le moment de l'aiguillage vers le CASC jusqu'au congé des soins actifs. On recommande que tous les aiguillages vers un CASC se produisent au moins 48 heures avant le congé de tous les patients présentant un risque élevé de réadmission. [Soins actifs]
b) Délai entre le moment de l'aiguillage vers le CASC avec la « méthode d'évaluation RAI-CA dans le cas de patients aiguillés vers des soins à domicile (uniquement dans les cas où le patient retourne à la maison). On recommande que les évaluations RAI-CA se fassent dans un délai de 24 heures après l'aiguillage pour tous les patients présentant un risque élevé. [CASC]
c) Délai entre le congé de l'hôpital et la première visite de l'infirmière du CASC pour les patients présentant un risque élevé [CASC]. On recommande que le CASC garantisse la visite d'une infirmière à domicile dans un délai de trois jours suivant le congé de l'hôpital (de préférence plus tôt) pour tous les patients présentant un risque élevé.
d) Durée du séjour en soins actifs. Il s'agit d'un indicateur recommandé à titre de mesure de surveillance équilibrée pour veiller à ce que les séjours ne soient pas écourtés ou prolongés et pour permettre l'évaluation des relations entre la durée du séjour et les réadmissions. Aucun objectif de rendement n'est associé à la durée du séjour. [Soins actifs]
e) Lien Accès Soins pour les patients sans médecin. Le Comité recommande que tous les patients qui déclarent ne pas avoir de fournisseur de soins primaires (FSP) soient inscrits à Accès Soins. [Soins actifs]
f) Consultation avec le fournisseur de soins primaires dans un délai de sept jours pour les patients présentant un risque élevé [Soins actifs, FSP]
g) Consultation avec le fournisseur de soins primaires dans un délai de 14 jours pour les patients présentant un risque peu élevé [Soins actifs, FSP]
h) Facturation du bilan comparatif des médicaments (programme MedsCheck de la pharmacie) dans un délai de 14 jours [Pharmacie]

Les données pour cinq autres indicateurs ne sont pas encore disponibles à l'échelle de la province :

i) Bilan comparatif complet des médicaments effectué avant que le patient ne quitte l'hôpital pour un autre milieu [Soins actifs, réad./CSP]
j) Sommaire du congé d'hôpital remis au patient au moment où il quitte l'hôpital, y compris la liste complète des médicaments et des rendez-vous de suivi [Soins actifs, réad., CSP] *(Patients présentant un risque élevé de réadmission uniquement)*
k) Sommaire du congé d'hôpital transmis à l'omnipraticien et aux spécialistes le jour où le patient quitte l'hôpital, y compris la liste complète des médicaments et des rendez-vous de suivi [Soins actifs, réad., CSP] *(Patients présentant un risque élevé de réadmission uniquement)*
l) Liste de médicaments de sortie transmise à la pharmacie au moment où le patient quitte l'hôpital, y compris la liste complète des médicaments et les rendez-vous de suivi [Soins actifs, réad., CSP] *(Patients présentant un risque élevé de réadmission uniquement)*
m) Au moment où un patient quitte l'hôpital, on lui transmet des renseignements sur les personnes à contacter et la manière de prendre ses médicaments (communication du plan de sortie au patient) [Soins actifs, réad., CSP]

Normes de soins fondées sur des données probantes et recommandations sur le terrain en matière de pratiques exemplaires :

12. Le Comité recommande que les éléments ci-dessous deviennent pratique courante en Ontario :

    - Toutes les admissions à l'hôpital non planifiées doivent faire l'objet d'une vérification pour évaluer le risque de réadmission à l'aide d'un outil standard d'évaluation du risque. L'indice LACE, conçu en Ontario à cette fin, est un outil simple, pratique et approprié pour prévoir les réadmissions dans tous les hôpitaux.
    - Les sommaires de sortie électroniques normalisés (semblables à ceux utilisés par l'Hôpital St. Michael's Hospital et le Sunnybrook Health and Sciences Centre) devraient être couramment utilisés dans toute la province.
    - Une liste élargie des ordonnances et médicaments doit être fournie au patient et aux membres de sa famille et transmise au médecin de famille ou à la pharmacie de la collectivité au moment où le patient quitte l'hôpital. La liste doit comprendre non seulement les ordonnances courantes, mais également un sommaire des changements apportés à la médication depuis l'admission (c.-à-d. nouveaux médicaments, médicaments abandonnées, médicaments dont la dose a été ajustée).

13. Le Comité recommande des pratiques exemplaires précises pour la planification des congés d'hôpital et de la transition. Ces pratiques sont décrites dans la **Liste de vérification de pratiques sécuritaires pour le congé des patients hospitalisés** (voir l'Annexe 3).

14. Le Comité recommande d'autres essais, le peaufinage et l'adoption de la liste de vérification et d'autres outils afin de soutenir les fournisseurs dans les transitions en matière de soins. La liste de vérification à l'intention des fournisseurs de soins en milieu hospitalier, jointe à l'Annexe 3, constitue une première étape dans l'élaboration d'une liste de vérification normalisée pour diffusion et mise en œuvre dans toute la province.

15. Le Comité recommande un peaufinage et une mise en œuvre accrus d'un registre des pratiques de prévention de l'hospitalisation contenant les pratiques exemplaires visant à réduire le nombre de réadmissions et à éviter les hospitalisations en Ontario. Un registre consultable encouragerait des transitions en matière de soins sécuritaires, efficaces et axées sur le patient. Le Comité a étudié des spécifications possibles d'un tel registre et a décrit ses recommandations au MSSLD dans un document séparé.

Surveillance et évaluation des recommandations en matière d'intervention à Qualité des services de santé Ontario :

16. Les interventions visant à réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital évitables doivent être évaluées par QSSO. Les évaluations de l'efficacité de ces interventions dans le contexte ontarien fourniront aux décideurs la preuve de leur impact ainsi qu'une orientation à suivre. Les résultats doivent être accessibles aux professionnels de la santé par le biais du rapport annuel de surveillance de la qualité et d'autres voies de communication.

17. Bien que l'indice LACE constitue un outil approprié pour prévoir les réadmissions à l'hôpital, d'autres outils doivent être élaborés pour quantifier le risque d'hospitalisations évitables dans les établissements communautaires, les foyers de soins de longue durée et autre établissements de soins non actifs. QSSO doit tenter d'élaborer de tels outils et d'en vérifier l'efficacité dans le cadre de projets pilotes régionaux.

Annexes

Annexe 1. Rapport sommaire du Forum de leadership du 31 mai 2010

Ontario
Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Forum consultatif sur les hospitalisations évitables, 31 mai 2010
Communiqué

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ont collaboré dans le cadre d'un forum consultatif d'un jour sur les hospitalisations évitables afin de recueillir les conseils et opinions des chefs de file et experts de la santé sur la manière de mieux concentrer les efforts visant à améliorer la qualité afin de soutenir la réduction du nombre d'hospitalisation évitables en Ontario.

Le personnel du COQSS et du Ministère, les chefs de file cliniques, les chercheurs, les praticiens de soins de santé ainsi que les représentants d'un large éventail de secteurs et d'organismes de la santé ont participé à ce forum d'un jour, qui s'est tenu le 31 mai à Toronto. Vous trouverez ci-jointe la liste complète des participants.

Le D^r Ben Chan, directeur général du COQSS, a ouvert le forum avec une discussion sur les objectifs de cette journée, qui consistaient à:

- Étudier les tendances qui se dégagent des données ontariennes sur les hospitalisations
- Étudier une synthèse des documents portant sur des idées d'amélioration et en discuter
- En arriver à un consensus sur les objectifs « au gros point » d'un cadre sur les hospitalisations évitables
- En arriver à un consensus sur les facteurs clés qui mènent à des hospitalisations évitables
- Établir des secteurs clés de possibilités pour réduire le nombre d'hospitalisation en fonction des données et des documents présentés
- Élaborer des déclarations d'objectifs provinciaux pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables

Fredrika Scarth, de la Direction de l'amélioration de la performance et de la conformité du MSSLD, a fait une présentation du contexte stratégique pour une vision provinciale sur les hospitalisations évitables : la Stratégie d'excellence des soins pour tous (SESPT). La SESPT a pour objectif général d'améliorer la qualité et les pratiques fondées sur des données probantes afin de soutenir un système de santé viable. Fredrika a présenté un cadre élargie sur les hospitalisations évitables au groupe aux fins de discussion. Ce cadre est divisé en trois principaux objectifs : moins d'événements indésirables évitables, plus de transitions efficaces en matière de soins et une meilleure prévention et gestion des maladies chroniques.

Debbie Gibson et Sten Ardal, de la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD, ont présenté une analyse descriptive des réadmissions dans un délai de 30 jours, les événements indésirables évitables et les conditions propices au traitement ambulatoire. Les données ont montré les secteurs éventuels présentant une possibilité d'amélioration en fonction de ces indicateurs. Les taux de réadmissions dans un délai de 30 jours et des conditions pour lesquelles le suivi ambulatoire serait à privilégier sont relativement stables au fil des ans, mais ils varient dans la province, ce qui suggère qu'il y a place à amélioration.

Ensuite, quatre chercheurs et cliniciens accomplis ont présenté des résultats de recherche pertinents sur les composantes du cadre et les déterminants de santé élargis et sous-jacents.

Réduction du nombre d'hospitalisations évitables

	Moins d'événements indésirables évitables	Transitions plus efficaces en matière de soins	Meilleure prévention et gestion des maladies chroniques
	Les séjours à l'hôpital (admissions, réadmissions et séjours) pouvant être évités au moyen de meilleures pratiques de sécurité à l'hôpital ou dans la collectivité. Mesures de résultats possibles: Durée de séjour prévue ou réelle Réadmission (72 heures), infection nosocomiale, chutes, plaies de pression, erreurs de médication, incidents critiques.	Admissions et réadmissions pouvant être évitées grâce à de meilleures pratiques en matière de congé d'hôpital et à des transitions plus efficaces en matière de soins. Mesures de résultats possibles: Réadmission (7, 30, 90 jours); multiples réadmissions en psychiatrie.	Admissions et réadmissions qui pourraient être évitées grâce à une gestion plus efficace des maladies chroniques et à une autogestion par le patient. Mesures de résultats possibles: hospitalisation causée par une condition propice au traitement ambulatoire.
Milieux d'intervention	• Hôpital • Foyers de soins de longue durée • Collectivité (CASC/CSP)	• Hôpital • Collectivité (CASC/CSP, pharmacie) • Soins primaires • Foyers pour soins de longue durée • Santé mentale et toxicomanie	• Soins primaires • Santé publique
Stratégies harmonisées	• Financement de collaboration • Médecin le plus responsable • Rapports sur la sécurité des patients • Résidents d'abord	• Stratégies SU/ADNS • Soins intégrés du client • Santé mentale et toxicomanie • Bilan comparatif/MedsCheck	• Prévention et gestion des maladies chroniques • Stratégie pour le diabète • Soins de santé familiale pour tous

Ensuite, Walter Wodchis a présenté des résultats de recherche et des données du réseau de recherche sur le rendement du système de santé en lien avec de meilleures intégrations et transitions en matière de soins améliorées. En particulier, Walter a discuté de la façon de définir les populations cibles pour l'amélioration du système.

Le troisième conférencier fut Ross Baker, professeur de Politique, gestion et évaluation en matière de santé à l'Université de Toronto. Ross a parlé de l'importance de comprendre les facteurs contextuels dans la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer les transitions en matière de soins. Il a également décrit les travaux en cours pour élaborer des études de cas d'interventions en matière de transition dans trois contextes différents, y compris le RLISS du Sud-Ouest. Ross a également discuté du troisième centre d'intérêt du cadre, les événements indésirables évitables, et a indiqué que même si on a pu compter sur une vision provinciale importante dans le secteur de la sécurité des patients en milieu de soins actifs au moyen d'initiatives de rapports publics de la part du MSSLD et d'initiatives d'amélioration de la qualité au moyen de programmes comme Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, il y a encore place à amélioration. Ross a indiqué que l'on pourrait davantage mettre l'accent (grâce à des cibles provinciales et des rapports publics) sur la prévention des infections d'origine hospitalière, des plaies de pression et des chutes en milieu hospitalier.

Enfin, Arlene Bierman, de l'Hôpital St Michael's et membre du conseil d'administration du COQSS, a fait valoir le point de vue de l'équité dans la discussion sur les hospitalisations évitables. Arlene a présenté des données en lien avec la manière dont les disparités entre les salaires, l'accès varié aux soins primaires en fonction de la géographie, ainsi que l'âge, le sexe et la santé mentale en général ont des répercussions sur les résultats sur la santé et les taux d'admission et de réadmission à l'hôpital.

Après le déjeuner, Ben Chan a présenté un schéma des facteurs d'hospitalisations évitables qui illustrait les lacunes en matière de soins, les raisons fondamentales de ces lacunes ainsi que 30 idées de changement pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables. Le COQSS avait préparé ce schéma des facteurs au moyen de consultations avec les experts du système.

Le reste de l'après-midi a été divisé en deux séances de groupe de travail, qui ont toutes les deux donné lieu à des discussions enrichissantes et ayant mis en lumière plusieurs secteurs sur lesquels le Ministère doit se pencher davantage. Il s'est dégagé un consensus fort dans un certain nombre de secteurs :

1. Les hospitalisations évitables constituent habituellement le bon enjeu sur lequel se concentrer, mais il faudrait retravailler le cadre pour :

   a) Qu'il ait un sens pour tous les secteurs du système;
   b) Adopter une vision orientée sur le patient;
   c) Concentrer d'abord les efforts pour améliorer les transitions en matière de soins (on pourrait accomplir davantage d'abord avec un champ d'action plus restreint);
   d) Considérer la réduction des événements indésirables comme un enjeu fondamental dans le continuum des soins (non comme un volet séparé des efforts).

2. Ces efforts doivent être principalement axés sur les populations cibles et non sur des maladies précises et isolées. Populations d'intérêt clés cernées : d'abord et avant tout, les personnes âgées en perte d'autonomie, puis les personnes souffrant de multiples comorbidités, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et les enfants souffrant de problèmes de santé complexes.

3. Il est nécessaire d'harmoniser les efforts (AQ, rapports, évaluation, etc.) pour arriver à des résultats.

4. Consensus sur deux paramètres de rendement pour appuyer les objectifs à gros point : réadmissions dans un délai de 30 jours et hospitalisations en raison de conditions pour lesquelles le suivi ambulatoire serait à privilégier; il y a place à amélioration dans ces deux secteurs à l'échelle de la province. D'autres évaluations de la qualité plus précises doivent aussi faire l'objet d'un suivi au moyen d'initiatives mises en œuvre.

5. Une amélioration de 30 pour cent pourrait constituer la cible idéale dans le cas des réadmissions dans un délai de 30 jours; toutefois, l'amélioration à l'échelle du système pourrait n'être visible qu'après plusieurs années (on a suggéré après plus de 5 à 10 ans)

6. Les cibles précises doivent faire l'objet d'une validation auprès d'un autre groupe d'experts.

7. Apprendre des réussites en Ontario et des pratiques exemplaires internationales.

8. Se fonder sur les initiatives existantes, harmoniser l'évaluation et les rapports.

9. De nombreuses possibilités pourraient être très avantageuses, mais elles exigeront un effort important de la part des ressources, un changement de culture, etc., afin d'être mises en œuvre avec succès.

Le Ministère et le COQSS iront conjointement de l'avant avec ces travaux importants en fonction des résultats et messages clés qui se dégage du Forum :

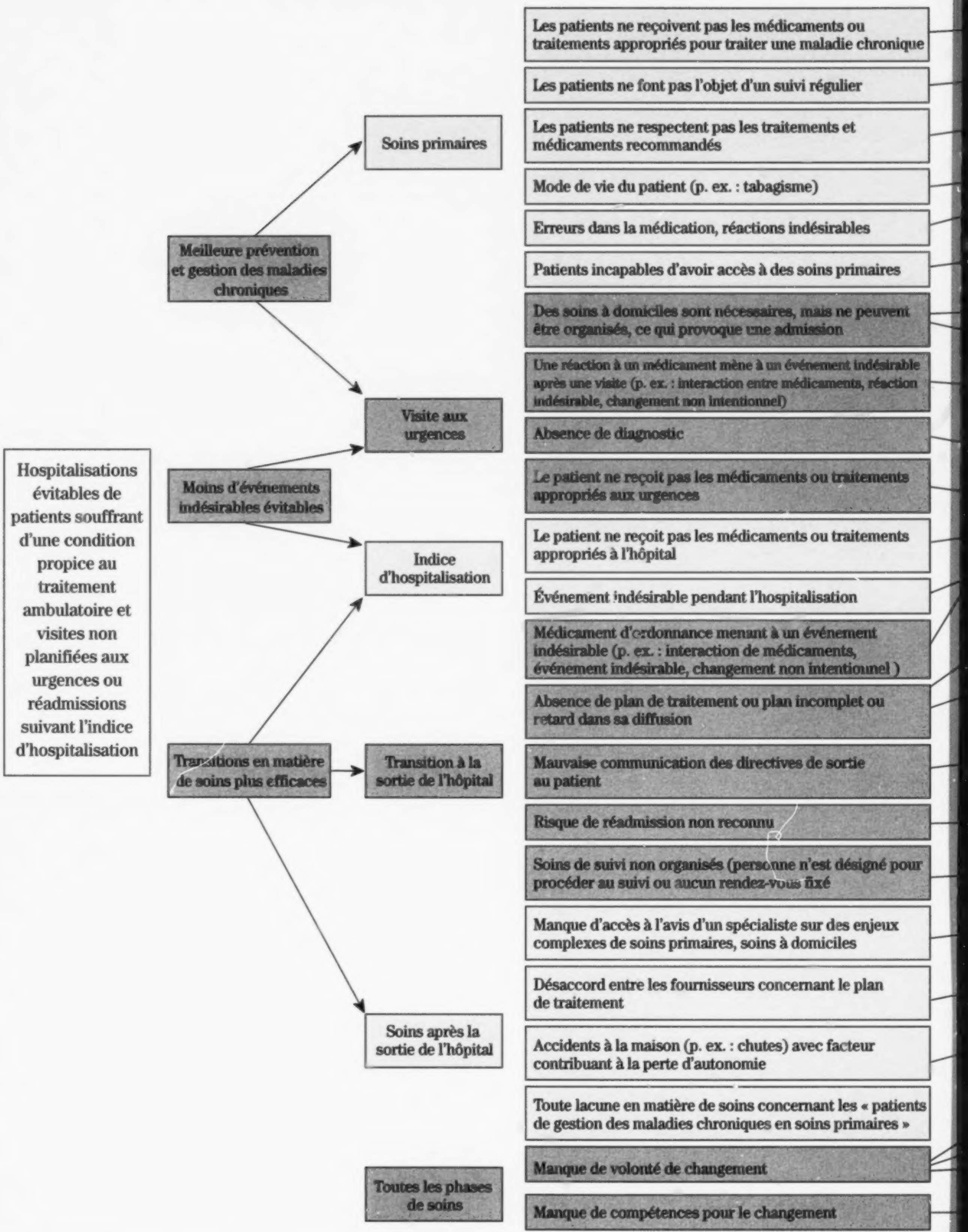
- Retravailler le cadre pour se concentrer sur un séjour sécuritaire et efficace du patient dans les transitions en matière de soins;
- Une amélioration de 30 pour cent pourrait constituer la cible idéale, mais elle ne sera vraisemblablement atteinte que dans un période de 5 à 10 ans.
- Il faudrait demander à un groupe d'experts de déterminer l'évaluation, l'objectif et le délai les plus appropriés pour ces travaux.

Forum consultatif des intervenants sur les hospitalisations évitables : liste des participants 31 mai 2010		
Nom	**Titre**	**Organisme**
Allison Costello	Responsable de la planification de l'amélioration de la performance	DAPC, MSSLD
Amanda Baine	Coordonnatrice de projet	DAPC, MSSLD
Arlene S. Bierman, MD, MS	Présidente du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes en santé des femmes	Université de Toronto et Institut du savoir Li Ka Shing, Hôpital St. Michael's
Ben Chan, MD MPH MPA	Chef de la direction	Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Brenda Fraser	Directrice exécutive	Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation
Chaim Bell, MD, PhD, FRCP (C)	Président, Sécurité des patients et continuité des soins	IRSC/ICSP Hôpital St Michael's et Centre de recherche Keenan IRSS Université de Toronto
Charlene Sandilands	Directeur, système de santé cardiaque	Centre de santé Trillium
Cheryl Harrison	Vice-présidente des services de soins aux patients et chef de direction des soins infirmiers	Soldiers Memorial
Cynthia Majewski	Directrice exécutive	Réseau pour des soins de santé de qualité (RSSQ)
Debbie Gibson	Analyste principale en matière de santé	Direction de l'analytique en matière de santé, MSSLD
D[r] Edward Etchells *absent*	Directeur associé, Centre pour la sécurité des patients de l'Université de Toronto	Sunnybrook Health Sciences Centre
Eileen Patterson	Directrice, amélioration de la qualité	Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Elliot Gold	Chef, Direction de la planification stratégique et de la recherche	Direction des communications et de l'information, MSSLD
Emily O'Sullivan	Chef, Mise en œuvre de l'amélioration de la performance	DAPC, MSSLD
Fredrika Scarth	Chef, Planification et évaluation de l'amélioration de la performance	DAPC, MSSLD
Genevieve Obarski	Conseillère principale en amélioration de la qualité	Centre pour l'amélioration de la qualité des soins de santé
Gloria Whitson-Shea	Responsable clinique	RLISS Waterloo Wellington
Imtiaz Daniel	Directeur de la recherche	Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Irfan Dhalla	Médecin et chercheur membre du personnel	Centre de recherche Keenan de l'Institut du savoir Li Ka Shing
James Meloche *absent*	Directeur principal, Conception et mise en œuvre de systèmes	RLISS Centre-Est

Forum consultatif des intervenants sur les hospitalisations évitables: liste des participants 31 mai 2010		
Nom	**Titre**	**Organisme**
Jillian Paul	Responsable, Performance et résultats	Direction de la Stratégie d'excellence des soins pour tous, MSSLD
John Ronson	Animateur	Courtyard Group
Kelly Gillis	Directrice principale de la planification, de l'intégration et de la participation communautaire	RLISS Sud-Ouest
Kyle Johansen	Spécialiste en conception de systèmes de santé	RLISS Sud-Est
Laurie Bourne, MHSc	Gestionnaire, Temps d'attente en matière de chirurgie et d'imagerie diagnostique	Action Cancer Ontario
Liisa Jaakkimainen, MD, MSc, CCFP	Chercheure Médecin membre du personnel Professeure agrégée	IRSS Sunnybrook Health Sciences Centre Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
M. J. Marcaccio, MD FRCSC FACS	Professeur, Département de chirurgie, chef du service d'oncologie chirurgicale	Université McMasterHamilton Health Sciences et Juravinski Cancer Centre
Marion Emo	Directrice principale de la planification, de l'intégration et de la participation communautaire	RLISS Hamilton Niagara Haldimand Brant
Matt Drown *absent*	Vice-président, Ressources humaines	RBJ Schlegel Homes
Mimi Lowi-Young	Directeur général	RLISS Centre-Ouest
Monita O'Connor	Directrice, Amélioration et intégration de la performance	RLISS Mississauga Halton
Nizar Ladak	Directeur des opérations	Conseil ontarien de la qualité des services de santé
Pat Stoddart	Directrice principale, Performance, contrats et affectations	RLISS Centre-Ouest
Patti A. Cochrance	Vice-présidente, Services aux patients, qualité et CIIO	Centre de santé Trillium
Paula Blackstein-Hirsch	Directrice exécutive	Centre pour l'amélioration de la qualité des soins de santé
Dr Peter Nord	Vice-président Affaires médicales et chef du personnel	Providence Healthcare
Rhona McGlasson RPT, MBA	Directrice de projet	Holland Orthopaedic & Arthritic Centre
Romeo Cercone	Vice-président, Qualité, planification et amélioration de la performance	St Joseph's Healthcare Hamilton
Ross Baker	Professeur, Politique, gestion et évaluation en matière de santé	Université de Toronto
Roy Butler	Vice-président de la gestion intégrée, Qualité et rendement de la stratégie	London Health Sciences Centre/ St. Joseph's Health Care, London
Dr Sam Tirkos	Hospitaliste	Équipe de santé familiale du Sud-Est de Toronto, Hôpital Toronto East General

Forum consultatif des intervenants sur les hospitalisations évitables: liste des participants 31 mai 2010		
Nom	**Titre**	**Organisme**
Stacey Brener	Coordonnatrice de la recherche et candidate à la maîtrise en sciences	Hôpital St. Michael's et Université de Toronto
Stacey Daub	Directrice principale, Services aux clients	Centre d'accès aux soins communautaires de Toronto-Centre
Sten Ardal	Directeur	Direction de l'analytique en matière de santé, MSSLD
Susan Wheeler	Gestionnaire des initiatives stratégiques	Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation
Sylvia Hyland	vice-présidente et directrice des opérations	ISMP Canada
Tai Huynh	Directeur	Stratégie d'excellence des soins pour tous, MSSLD
Dr Tia Pham *absente*	Hospitaliste	Équipe de santé familiale du Sud-Est de Toronto, Hôpital Toronto East General
Tim Burns	Directeur	DAPC, MSSLD
Vandad Yousefi	Médecin-chef, Qualité	Lakeridge Health Corporation
Vania Sakalaris	Directrice, Conception et élaboration des programmes	RLISS Centre
Victoria van Hemert	Directrice principale	RLISS Centre
Walter Wodchis, PhD	Professeur agrégé Chercheur Chercheur auxiliaire Coresponsable	Politique, gestion et évaluation en matière de santé, Université de Toronto Toronto Rehabilitation Institute Institute for Clinical Evaluative Sciences Réseau de recherche sur le rendement du système de santé

Lacunes en matière de soins



Cause fondamentale

- Fournisseur trop occupé, oublie ou ignore les pratiques exemplaires pour le traitement
- Système de surveillance non organisé
- Patients ne participent pas à leurs soins ou ne sont pas motivés à modifier leurs comportements
- Écriture, interactions de médicaments, polypharmacie inutile, médicaments prescrits inconsciemment par de multiples médecins
- Manque d'équipes multidisciplinaires en soins primaires, ou équipes ne travaillant pas de façon optimale, ou nombre insuffisant de fournisseurs
- Retard dans les services de soins à domicile (communication, horaire du personnel, etc.)
- Manque de services de soins à domiciles disponibles
- Écriture, mauvaise communication, profil pharmaceutique ou antécédents médicaux non partagés entre fournisseurs
- Manque d'expérience, de remplacement, trop occupé, détails manquants, mauvaise communication, diagnostic non disponible
- Fournisseur trop occupé, oublie ou ignore les pratiques exemplaires pour le traitement
- Les fournisseurs retardent le moment de dicter les sommaires de congé d'hôpital – trop occupés, sans conséquences si en retard
- Les directives en matière de congé d'hôpital à l'intention des fournisseurs sont axées sur le traitement à un moment dans le temps plutôt que sur des possibilités de traitement suggérées à mesure que les symptômes ou la maladie évoluent.
- Les patients ne comprennent pas la terminologie médicale, ne parlent pas couramment anglais, ne peuvent mémoriser des directives verbales, trop stressés au moment où ils sont malades pour absorber l'information
- Le personnel ignore le besoin d'établir le risque ou les outils pour le faire
- Les patients peuvent se faire dire de prendre un rendez-vous, mais oublient ou n'arrivent pas à voir le fournisseur rapidement
- Spécialistes non disponibles, pas sur appel et non accessibles pour de simples questions de suivi
- Aucun mécanisme de communication entre les médecins à l'hôpital, les spécialistes et les fournisseurs de soins primaires
- Il pourrait y avoir absence d'évaluations de la sécurité dans les soins à domicile
- Manque de leadership (SI)
- Manque de culture de la qualité et de la sécurité chez le personnel
- Manque de responsabilisation ou d'incitatif à la qualité
- Manque de compétences en amélioration de la qualité chez le personnel – aucune formation préalable

Idées de changement

- Commandes permanentes, outils d'aide à la décision, feuilles de soins, diagrammes, listes de vérification, rappels électroniques - soins primaires
- Système de rappel et commandes permanentes de laboratoire; protocole de titrage (p. ex. : coumadin)
- Reconnaissance vocale interactive – appels automatisés pour surveiller les signes vitaux, prise de médicaments
- Télésoins à domiciles (appareils pour surveiller les signes vitaux, communiquer avec le personnel, etc.)
- Formation du patient en autogestion (seul à seul ou séances de groupe, objectifs et cibles du patient)
- Dossiers médicaux électroniques – alerte en cas d'interactions, erreurs dans les doses, élimine les problèmes d'écriture
- Solutions RHS – augmenter le nbre de médecins, IA, IP, autres prof. de la santé; promouvoir des modèles basés sur une équipe (p. ex. : Équipe de santé familiale); former les équipes sur le travail d'équipe
- Accès avancé et techniques d'efficacité en cabinet
- Disponibilité en tout temps du personnel de soins à domicile pour évaluation; envisager l'exécution d'un type d'accès avancé
- Envisager d'augmenter les services de soins à domicile, si toutes les efficiences sont optimisées
- Examen des médicaments réalisé par le pharmacien
- Bilan comparatif des médicaments ou dossier médical électronique avec mention de toutes les ordonnances
- Commandes permanentes, outils d'aide à la décision, feuilles de soins, diagrammes, listes de vérification, rappels électroniques – hôpital
- Sommaires de congé d'hôpital généré par une base de données
- Plans d'action à étapes des médecins de l'hôpital à l'intention des soins primaires et soins à domiciles qui détaillent les étapes à suivre si les symptômes du patient évoluent.
- Directives écrites pour le congé (médicaments, surveillance, rendez-vous, qui contacter, etc.) en termes simples, multilingues
- Appliquer le pointage à l'échelle de risque (p. ex. : indice LACE) et les services offerts aux patients à la suite de leur sortie de l'hôpital
- Faire de la prise de rendez-vous de suivi au moment du congé la norme de diligence
- Cliniques de spécialités (p. ex. : cliniques spécialisées en insuffisance cardiaque congestive), polycliniques ou salles virtuelles, part. pour les cas complexes, avec système sur appel
- Moyens de communication améliorés pour les fournisseurs (p. ex. : courriel)
- Évaluations du risque de chutes et en matière de sécurité; prévention, p. ex. : mobilité
- Développement de la gouvernance et du leadership et plans d'amélioration de la qualité
- Rétroaction anonyme sur les données sur le fournisseur individuel (p. ex. : médecin) concernant la conformité aux pratiques exemplaires
- Rapport public à l'échelle de l'établissement ou groupe de fournisseurs
- Ententes de responsabilisation avec établissement d'objectifs de rendement et conséquences (p. ex. : prime au rendement, sanctions, prix)
- Perfectionnement des compétences en amélioration de la qualité chez le personnel (modèle d'amélioration LEAN, etc.)

Annexe 2. Cadre de référence du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables

Cibler les hospitalisations évitables grâce à des transitions améliorées (plus sécuritaires et efficaces) en matière de soins

Cadre de référence du Comité consultatif

Contexte :

- La *Stratégie d'excellence des soins pour tous* (la Stratégie) viendra appuyer l'engagement du gouvernement envers l'excellence dans la qualité, l'optimisation et les preuves des soins aux patients comme fondement d'un système de santé viable. Parmi les autres objectifs, la *Stratégie* intègrera les principes de qualité et de durabilité dans tout le système de santé en appuyant la diffusion de pratiques exemplaires et d'outils fondés sur les donnée probantes pour aider le personnel de première ligne, les gestionnaires et les administrateurs à apporter des changements permanents à leurs organismes.
- La réduction du nombre d'hospitalisations évitables constitue un secteur de résultat clé de la Stratégie d'excellence des soins pour tous.
- À l'occasion d'un Forum consultatif sur les hospitalisations évitables, qui s'est tenu le 31 mai, auquel ont participé des chercheurs, chefs de file cliniques et groupes pour l'amélioration de la qualité, il s'est dégagé un consensus général voulant qu'il existe des possibilités pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables en Ontario, et que l'accent de ces premiers efforts doit être mis sur l'amélioration des transitions en matière de soins pour réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital.
- Les participants au Forum se sont entendus pour dire que les réadmissions dans un délai de 30 et de 90 jours pourraient constituer des mesures à l'échelle du système pour montrer les progrès réalisés vers l'amélioration des transitions des patients dans les milieux de soins. Toutefois, il n'a pas été possible d'en arriver à un consensus sur un objectif approprié et l'échéancier connexe, et sur d'autres mesures pouvant être utilisées au sein d'un cadre de rendement visant à favoriser une réduction du nombre de réadmissions dans un délai de 30 et de 90 jours.
- Les participants au Forum ont suggéré que l'on forme un comité consultatif pour conseiller la province sur les meilleurs moyens et objectifs provinciaux et sur les pratiques exemplaires en lien avec la réduction du nombre de réadmissions et d'hospitalisations évitables.

Mandat :

Le Comité consultatif :

- fournira des conseils sur les mesures, les objectifs et les échéanciers les plus appropriés et axés sur la réduction du taux de réadmissions ou hospitalisations évitables dans le cadre de la Stratégie d'excellence des soins pour tous;
- fournira des conseils sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes qui garantissent des transitions en matière de soins efficientes, efficaces, sécuritaires et axées sur le patient;
- fournira des conseils sur les stratégies pour l'établissement et la sélection de pratiques de pointe pour les transitions en matière de soins en Ontario qui seront compilées dans un registre ou « laboratoire vivant » de modèles novateurs de soins qui réduisent le taux de réadmissions ou d'hospitalisations évitables;
- fournira des conseils sur les critères régionaux de données probantes pour les pratiques de pointe en Ontario;
- fournira des conseils sur l'adaptabilité et l'étendue des pratiques de pointe en Ontario;
- supervisera les résultats des pratique de transitions en matière de soins et évaluera leur impact sur les réadmissions;
- cernera les obstacles systémiques ou causés par des politiques et les catalyseurs de transitions en matière de soins sécuritaires, efficaces et axés sur le patient, y compris la politique de financement ainsi que les incitatifs ou éléments dissuasifs en lien avec le financement.

Confidentialité

Les membres du Comité consultatif constituent un lien important pour la communication bidirectionnelle entre la Stratégie d'excellence des soins pour tous et les professionnels de la santé de toute la province. À ce titre, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) s'attend à ce que les membres discutent avec leurs pairs d'éléments de la Stratégie qui sont déjà du domaine public.

Dans leur rôle de conseillers auprès du MSSLD, les membres du Comité prendront également connaissance de documents préliminaires, confidentiels ou d'ébauches non encore approuvées pour distribution ou discussion à l'extérieur du Comité. Les membres acceptent de traiter comme confidentiel tout document défini comme tel par le MSSLD.

Conflit d'intérêts

1. Il y a présence de conflit d'intérêts lorsqu'un membre participe à des activités commerciales, projets ou autre activité privées ou de nature personnelle en vertu desquels les intérêts privés ou personnels du membre entrent en conflit avec ses fonctions de membre ou avec l'intérêt du Comité consultatif. Il peut y avoir conflit d'intérêt, apparence de conflit ou conflit possible.
2. L'objet du conflit d'intérêts et de ces directives concerne l'« l'intérêt privé ou personnel » du membre. Il faut donner une interprétation large à cette phrase et lui conférer une signification allant au-delà d'un intérêt financier direct ou indirect afin d'inclure tout avantage direct ou indirect dont pourrait profiter un membre, l'organisation / institution / association à laquelle le membre ou son conjoint, ses enfants, ses frères et sœurs ou parents (famille du membre) sont affiliés.
3. De façon générale, un « intérêt personnel ou privé » doit être interprété dans le sens où il ne s'agit pas d'un intérêt public ou commun à une catégorie de personnes.

Déclaration d'un conflit

4. Les membres du Comité sont tenus de divulguer au président du Comité consultatif l'existence de toute circonstance qui pourrait survenir ou étant survenue et en vertu de laquelle leurs intérêts personnels ou privés sont entrés ou pourraient entrer en conflit avec ceux du Comité consultatif ou de leurs fonctions ou obligations à titre de membre du Comité. Les membres du Comité doivent procéder à la divulgation de tout conflit dès qu'ils sont informés de telles circonstances.
5. Dès qu'ils sont informés de telles circonstances, en plus de procéder à une divulgation immédiate, les membres du Comité doivent prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter un conflit en vertu de ces directives et de toute autre politique en matière de conflit d'intérêts définie par le Comité consultatif. **En particulier, les membres du Comité doivent immédiatement s'abstenir de participer à toute discussion ou prise de décision en lien avec la question du possible conflit et ne doivent pas tenter d'influencer la discussion ou la prise de décision, et ils doivent de plus s'abstenir de voter sur cette question.** Une fois que les membres du Comité ont fait leurs divulgations au président, ils doivent se conformer à ses directives.

Financement :

Le MSSLD financera les coûts administratifs du Comité.

Rapports :

Le Comité relèvera du Ministère.

Rencontres :

La rencontre initiale a eu lieu en septembre 2010. Des rencontres subséquentes du Comité en entier ou de sous-groupes de celui-ci auront lieu chaque mois pendant une période de six mois. Le rôle et l'avenir du Comité feront l'objet d'une évaluation au printemps.

Annexe 3. Liste de vérification d'un congé d'hôpital sécuritaire

Lignes directrices à l'intention des intervenants sur le terrain sur l'utilisation de la liste de vérification et d'autres outils pratiques

Le Comité a mis sur pied des outils pratiques (page 45) sous la forme d'une (i) liste de vérification et de (ii) mesures et évaluations pertinentes. Si le Comité poursuit ses activités dans l'avenir, une proposition d'un (iii) registre des pratiques cliniques et administratives de pointe viendra compléter ce groupe de ressources interreliées. Le Comité a fourni les conseils ci-dessous sur l'utilisation des outils sur le terrain:

i. La **Liste de vérification d'un congé sécuritaire pour les patients hospitalisés (liste de vérification)** est un index des étapes pouvant être suivies lorsque l'on prodigue des soins à des patients ayant été admis à l'hôpital de façon non planifiée. Les organismes de santé peuvent déléguer la responsabilité de la liste de vérification à un professionnel de la santé (p. ex.: le médecin le plus responsable, l'infirmière praticienne, planificateur du congé, etc.) qui s'assurera que la liste est remplie, mais les étapes en tant que telles sont réalisées par différents professionnels de la santé, y compris les médecins de soins primaires, les infirmières, les pharmaciens, les CASC et les commis de salles médicales. La liste de vérification présente une admission à l'hôpital de cinq jours à titre représentatif d'un séjour à l'hôpital et reconnaît que toutes les admissions à l'hôpital n'ont pas cette durée.

   Pour utiliser la liste de vérification, les fournisseurs de soins de santé doivent remplir la section portant sur la prestation de service au moment établi. Si la prestation de service est en surbrillance, les fournisseurs de santé peuvent en apprendre davantage sur la prestation de service en suivant le lien. Si la prestation de service arbore le symbole [M&E], les utilisateurs de la liste de vérification peuvent suivre le lien pour connaître une mesure et cible recommandée. À l'avenir, si la prestation de service correspond à une initiative décrite dans le registre des pratiques de prévention de l'hospitalisation, le fournisseur de soins de santé sera en mesure de suivre le lien menant au registre pour connaître l'expérience d'un collègue dans le cadre d'une initiative semblable quelque part en Ontario.

ii. **Mesures et évaluations:** afin que les organismes de santé puissent évaluer de façon efficace leurs efforts pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables, on peut tenir compte des éléments suivants:

- les hôpitaux et CASC devraient faire un suivi des résultats à l'évaluation du risque de réadmission et orienter les ressources vers les patients présentant un risque élevé de réadmission en soins actifs (p. ex.: résultat de 10 et plus à l'indice LACE)
- la prestation de service suggérée dans la Liste de vérification d'un congé sécuritaire pour les patients hospitalisés doit être mise en œuvre et faire l'objet d'un suivi pour chaque patient, en particulier ceux présentant un risque élevé de réadmission
- les mesures d'évaluation du rendement doivent servir à faire un suivi et à améliorer le rendement de ces résultats – les objectifs sont de 100 pour cent pour toutes les mesures.
- Les rapports continus doivent non seulement inclure les mesures du rendement, mais aussi une analyse de la relation observée entre les mesures du rendement du procédé et la mesure des résultats en matière de réadmission.

iii. Le registre des pratiques de prévention de l'hospitalisation consisterait en une base de données consultable des pratiques qui ciblent la réduction du nombre de réadmissions et la prévention des hospitalisations en Ontario. Ce registre ferait la promotion de transitions en matière de soins sécuritaires, efficaces et axées sur le patient et serait diffusé à la grandeur du secteur de la santé; il ferait participer les praticiens en santé, les chefs de file du système de santé, et les organismes d'amélioration de la qualité afin qu'ils participent,

élaborent et mettent en œuvre des initiatives provinciales conçues pour orienter les améliorations. Les fournisseurs de soins de santé pourraient examiner les pratiques ayant été mises en œuvre dans d'autres organismes afin d'en recenser certaines qui pourraient faire une différence dans leur propre milieu.

Recommandations du Comité pour la mise en œuvre et la diffusion d'une liste de vérification et d'outils pratiques

i. La mise en œuvre et diffusion efficace de la **Liste de vérification d'un congé sécuritaire pour les patients hospitalisés** nécessitera l'exécution des éléments suivants :

- partager la liste de vérification aux fins d'examen et de rétroaction constructive de la part d'autres intervenants (p. ex. : AMO et OHA)
- essai calculé sur le terrain et évaluation dans des établissements universitaires et communautaires pour finaliser :
  - le contenu de la liste de vérification (c.-à-d. prestations de services, langue et échéancier)
  - le format de la liste de vérification, sa convivialité et sa fonctionnalité
- une fois prête, inclure un outil d'évaluation du risque réputé pour prévoir les risques de réhospitalisation (p. ex. : indice LACE)
- accord du terrain et des intervenants sur le choix de la personne ou équipe du domaine de la santé responsable de s'assurer de la réalisation de chaque étape
- établir des liens explicites entre la liste de vérification et le registre des pratiques de prévention de l'hospitalisation, les travaux sur les hospitalisations évitables réalisés par Qualité des services de santé Ontario, la formation du médecin le plus responsable, le MSSLD et autres
- élaborer une stratégie de communication et d'engagement
- intégrer la liste de vérification à l'infrastructure TI actuelle des hôpitaux

ii. Afin de mettre en œuvre avec succès les **Mesures et évaluations** pour mesurer le succès des interventions visant à réduire le nombre d'hospitalisations évitables, il faut tenir compte des étapes suivantes :

- des mesures de rendement opportunes doivent être publiées dans un site Web public;
- Il faut mettre en œuvre le dépistage des risques et automatiser le suivi dans les systèmes électroniques de renseignements sur les patients dans les hôpitaux offrant des soins actifs;
- Les procédés d'aiguillage des CASC doivent être simplifiés (toute admission de la collectivité doit être envisagée pour un aiguillage vers des soins à domiciles avant une demande en soins de longue durée ou un aiguillage vers un CASC uniquement; il faut laisser au CASC le soin de déterminer la capacité du patient à retourner dans la collectivité);
- un sondage sur la connaissance par le patient des soins autoadministrés (p. ex. : en utilisant l'initiative Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS)) doit être réalisé avant que les patients ne quittent l'hôpital afin de repérer ceux ayant des carences au sujet des connaissances;
- La collaboration entre les soins actifs et les CASC est essentielle; des procédés efficaces de planification du congé d'hôpital sont essentiels;
- l'engagement auprès de la pharmacie communautaire constitue une ressource importante pour atteindre les résultats ciblés;
- une évaluation continue des interventions à l'aide de mesures comparables est importante pour permettre une efficacité (comparative);

- un exposé de principe doit être demandé afin de connaître le point de vue régional et les preuves de responsabilisation et gouvernance clinique, y compris la responsabilisation partagée et la responsabilisation intégrée en matière d'hospitalisations évitables;
- l'information doit être bien publicisée et communiquée aux intervenants en ce qui a trait aux incitatifs financiers pour voir les patients après leur congé des soins actifs (médecin ou pharmacie).

iii. La préparation d'un site Web pour le **registre des pratiques de prévention de l'hospitalisation** et encourager une collectivité d'utilisateurs nécessitera une mise en place soignée de nombreuses étapes interdépendantes. Le Comité consultatif recommande la séquence suivante :

- établir des liens explicites entre le registre et des programmes complémentaires pour la prévention des hospitalisations évitables de Qualité des services de santé Ontario, du MSSLD et d'autres groupes;
- recruter des partenaires de lancement et finaliser une stratégie approuvée de communication et d'engagement;
- confirmer le procédé d'examen de nouvelles demandes et recruter des examinateurs experts;
- préparer un site d'implantation pour effectuer des essais, y compris la vérification de tout le contenu, des hyperliens et de la fonctionnalité;
- les fournisseurs de contenu font une prévisualisation de leurs contributions sur le site d'implantation, y compris des liens menant au registre et au contenu connexe de sites externes (listes de vérification, documents publiés, etc.);
- présenter des communications ciblées et des prix appropriés dans le but de solliciter de nouvelles initiatives pour le registre, en particulier dans les secteurs qui présentent des lacunes (secteur des soins de longue durée, les insuccès liés à des intentions louables, initiatives qui répondent à la norme « fondé sur des données probantes », etc.)

Liste de vérification d'un congé sécuritaire pour les patients hospitalisés

Prestations de services

		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Congé	Congé +1	Congé +2	Congé +3	Congé +4	Congé +5	Congé +6	Congé +7	Congé +8	Congé +9	Congé +10
		Admiss-ion														
1	**Hôpital**															
a	Évaluer le patient pour vérifier si son état nécessite une hospitalisation [M&E]	✓	✓	✓	✓											
2	**Soins primaires**															
a	Établir ou confirmer qu'un patient a un médecin de premier recours (MPR) – alerter l'équipe de soins en cas d'absence de MPE ou communiquer avec Accès Soins pour entamer une recherche de MPR [M&E]	✓														
b	Communiquer avec le MPR et l'informer de l'admission du patient, du diagnostic et de la date prévue du congé d'hôpital	✓														
c	Fixer le rendez-vous de suivi des soins primaires après la sortie de l'hôpital dans un délai de 7 à 14 jours après que le patient ait quitté l'hôpital [M&E]]: • Il se peut que le patient ait besoin d'être vu plus rapidement en raison de son risque de réadmission (LACE) • Aviser le MPR en attendant la date du diagnostic • Le MPR peut utiliser un code de facturation supplémentaire, e080, s'il voit un patient après sa sortie de l'hôpital.				✓											
3	**Sécurité des médicaments**															
a	Procéder au meilleur profil pharmaceutique du patient BPMH et dresser un bilan comparatif avec ses médicaments d'ordonnance au moment de l'admission [M&E]	✓														
b	Enseigner au patient à prendre de façon adéquate ses médicaments au moment où il quitte l'hôpital et en quoi ces médicaments sont-ils liés à ceux qu'il prenait avant son admission.	✓	✓	✓	✓	✓										
c	Dresser un bilan comparatif entre les médicaments et ordonnances au moment de la sortie de l'hôpital et le meilleur profil pharmaceutique ainsi que les médicaments prescrits au cours de l'hospitalisation [M&E]					✓										
4	**Suivi**															
a	Effectuer un appel de suivi après le congé d'hôpitalauprès du patient. Au cours de l'appel, demander: • si le patient s'est vu prescrire de nouveaux médicaments (le cas échéant)? • si le patient a reçu des soins à domicile? • rappeler au patient ses prochains rendez-vous • Si nécessaire, fixer un rendez-vous au patient et au soignant pour qu'ils viennent à l'établissement recevoir une formation et des renseignements															✓ (le cas échéant)
b	Si nécessaire, s'occuper des examens du patient (laboratoire, radiologie, etc.)					✓										
c	Si nécessaire, fixer un rendez-vous de suivi dans une clinique spécialisée					✓										

Liste de vérification d'un congé sécuritaire pour les patients hospitalisés (suite)

Prestations de services

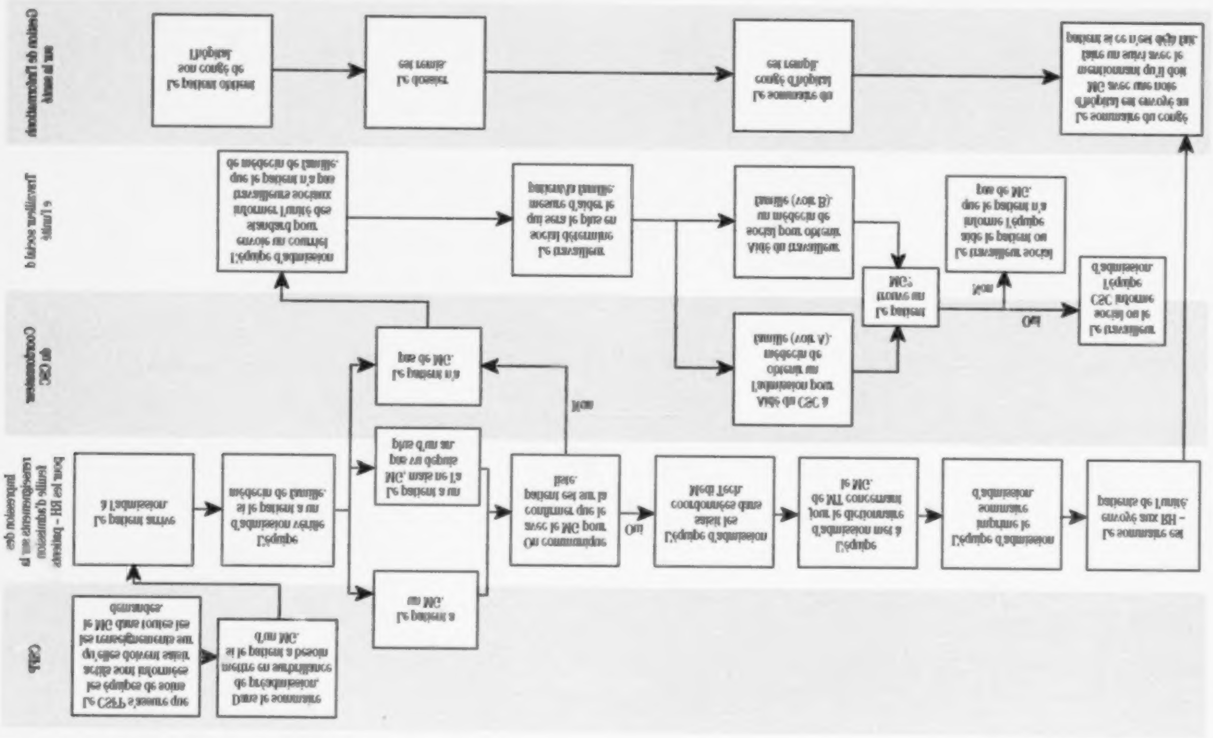
		Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Congé	Congé +1	Congé +2	Congé +3	Congé +4	Congé +5	Congé +6	Congé +7	Congé +8	Congé +9	Congé +10
		Admiss-ion														
5	CASC															
a	Le CASC échange des renseignements, le cas échéant, sur les services communautaires existants pour le patient	✓	✓	✓	✓											
b	Faire participer le CASC (p. ex.: réunions éclairs) [M&E]	✓	✓	✓	✓	✓										
c	Si nécessaire, prévoir des soins suivant la sortie de l'hôpital	✓	✓	✓	✓	✓										
6	Communication															
a	Remettre au patient, à la pharmacie communautaire, au MPR et au soignant officiel (membre de la famille, FSLD, CASC) une copie des notes ou plan sommaire de congé d'hôpital, du formulaire de bilan comparatif et les coordonnées du médecin de l'hôpital participant et de l'unité d'hospitalisation [M&E]					✓										
7	Éducation du patient															
a	Le patient effectue une rétroaction sur l'enseignement reçu (voir Enseignement au patient pour des conseils) pour l'équipe clinique	✓	✓	✓	✓	✓										
b	Expliquer au patient en quoi les nouveaux médicaments sont liés au diagnostic	✓	✓	✓												
d	Expliquer en détail le sommaire du congé d'hôpital au patient (se servir de la méthode de rétroaction du patient sur l'enseignement reçue au besoin)					✓										
e	Expliquer les symptômes possibles, ce à quoi le patient peut s'attendre à la maison et dans quelles circonstances le patient devrait se présenter aux urgences.					✓										

Soins primaires

Établir si un patient a un médecin de premier recours

Le diagramme ci-dessous, fourni par Providence Healthcare, peut facilement s'appliquer à tout établissement de soins de santé pour établir si un patient a un médecin de premier recours auprès de qui il pourra obtenir un suivi après sa sortie de l'hôpital.

Déterminer si les patients du centre de santé de Providence ont un médecin de famille pour effectuer le suivi après leur sortie de l'hôpital



Fourni par Providence Healthcare

Accès Soins

Accès Soins est un programme provincial qui aide les Ontariens n'ayant pas de fournisseur de soins de santé familiale à en trouver un. Le programme dirige les personnes qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé familiale attitré vers les médecins et les infirmières et infirmiers praticiens qui acceptent de nouveaux patients dans leur collectivité. Les patients doivent envisager s'inscrire au programme si :

- **ils cherchent activement un fournisseur régulier pour répondre à leurs besoins continus en matière de soins de santé familiale;**
- **ils possèdent une carte de l'Assurance-santé de l'Ontario valide (ou sont admissibles à l'assurance-maladie en Ontario);**
- **ils ne possèdent actuellement pas de fournisseur de soins de santé familiale en vertu des dossiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (c.-à-d. ils n'ont pas signé un formulaire d'inscription ou de consentement du Ministère).**

Foire aux questions

Visitez Accès Soins : http://www.health.gov.on.ca/ms/accessoins/public/index.html

Code des honoraires des médecins de premier recours

Nouveaux codes d'honoraires

Un nouveau code d'honoraire dans le cadre d'une visite de suivi des soins primaires après la sortie de l'hôpital a été ajouté au Guide de rémunération des médecins le 1er octobre 2006. Les pédiatres peuvent réclamer ce code lorsqu'ils sont le médecin de premier recours du patient.

E080 : Première visite par le médecin de premier recours après la prime de congé d'hôpital, ajouter 25,00 $

Pour les versements d'honoraire et de plus amples renseignements, consultez : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohip/bulletins/4000/bul4439.pdf

Indice LACE : outil de prévision des réadmissions

L'indice LACE est un outil convivial conçu pour prédire le risque de décès ou de réadmission non planifiée de patients médicaux ou de chirurgie dont la fonction cognitive est intacte après leur congé de l'hôpital et leur retour dans la collectivité. Les facteurs clés associés à ces événements sont la durée du séjour, la gravité de l'admission, la comorbidité du patient et le nombre de visites aux urgences.

Le jour où le patient quitte l'hôpital, l'infirmière responsable (ou chef d'équipe) prend 3 à 5 minutes pour étudier le dossier du patient et remplir la carte de pointage de l'indice LACE. Elle organise ensuite un soutien post-soins actifs selon le résultat du patient.

Guide de pointage LACE

Pointage LACE	Probabilité prévue, %
0	2,0
1	2,5
2	3,0
3	3,5
4	4,3
5	5,1
6	6,1
7	7,3
8	8,7
10	12,2
11	14,4
12	17,0
13	19,8
14	23,0
15	26,6
16	30,4
17	34,6
18	39,1
19	43,7

Carte de pointage de l'indice LACE

Attribut	Valeur	Point	Pointage
Durée du séjour en jours	<1	0	
	1	1	
	2	2	
	3	3	
	4-6	4	
	7-13	5	
	≥14	7	
Admission en soins actifs (émergent)	Oui	3	
Comorbidité (indice Charlson de comorbidité)	0	0	
	1	1	
	2	2	
	3	3	
	≥4	5	
Visite aux urgences au cours des 6 derniers mois	0	0	
	1	1	
	2	2	
	3	3	
	≥4	4	
Au total			

Sécurité des médicaments

Meilleur profil pharmaceutique

Meilleur profil pharmaceutique: Le profil pharmaceutique obtenu par un pharmacien ou sa personne désignée, qui comprend un historique détaillé de tous les médicaments pris régulièrement (d'ordonnance et en vente libre), à l'aide de certaines ou de toutes les sources d'information suivantes: entrevue avec le patient ou le soignant; inspection des fioles et autres contenants de médicaments; examen de la liste personnelle de médicaments; suivi avec un pharmacien communautaire ou examen d'une liste actuelle de médicaments imprimée par le pharmacien communautaire.

Meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital: Tient compte des médicaments que le patient prenait avant son admission (meilleur profil pharmaceutique), du dossier d'administration de médicaments des dernières 24 heures, et de tout nouveau médicament que le patient doit commencer à prendre à sa sortie de l'hôpital. Le meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital doit être communiqué au patient, au médecin communautaire, au à la pharmacie communautaire et aux autres établissements ou services de soins.

En vous basant sur le meilleur profil pharmaceutique et le dossier d'administration de médicaments des dernières 24 heures, créez le meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital en évaluant et en tenant compte des éléments suivants:

- nouveaux médicaments que le patient a commencé à prendre à l'hôpital
- médicaments abandonnés (du meilleur plan pharmaceutique) et médicaments dont la dose a été ajustée (du meilleur plan pharmaceutique)
- médicaments dont l'utilisation n'a pas changé et que le patient doit continuer à prendre (du meilleur plan pharmaceutique)
- les médicaments conservés à l'hôpital et les nouveaux médicaments que le patient doit commencer à prendre à sa sortie de l'hôpital
- ajustements hors pharmacopée et au formulaire faits à l'hôpital
- commentaires supplémentaires le cas échéant (p. ex.: situation des médicaments devant être pris à la discrétion du patient)

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement et la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Bilan comparatif des médicaments

L'objectif ultime du bilan comparatif est de prévenir les événements indésirables causés par les médicaments à tous les points de soins, pour tous les patients. Le but est d'éliminer les divergences intentionnelles non documentées ainsi que les divergences non intentionnelles en dressant un bilan comparatii de tous les médicaments, à tous les points de soin.

Le bilan comparatif des médicaments est un processus formel pour:

1. Obtenir une liste complète et exacte de tous les médicaments que le patient possède actuellement chez lui – y compris le nom, la dose, la posologie et la voie d'administration;
2. Utiliser cette liste au moment de préparer des ordonnances au moment de l'admission, du transfert ou de la sortie d'un patient;
3. Comparer la liste avec les ordonnances préparées au moment de l'admission, du transfert ou de la sortie d'un patient, repérer les divergences et les porter à l'attention de l'auteur de l'ordonnance et, le cas échéant, apporter des modifications aux ordonnances. Tout changement apporté aux ordonnances est documenté.

Les erreurs de médication pouvant être évitées grâce au bilan comparatif peuvent comprendre, sans s'y limiter, omission par inadvertance de médicaments nécessaires à domicile, omission de recommencer à prendre certains médicaments à la maison à la suite d'un transfert ou d'un congé d'hôpital, duplication de la thérapie à la sortie de l'hôpital (résultat d'une combinaison de médicaments génériques et de marque ou de substitutions), et erreurs associées aux ordonnances mentionnant des doses ou des formes dosifiées incorrectes.

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement et la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Suivi

Appel de suivi

Patients présentant un risque modéré ou élevé: Avant que le patient ne quitte l'hôpital, prévoir un appel de suivi dans les 7 jours suivant la sortie de l'hôpital du patient:

- l'appel peut être fait par divers fournisseurs de soins, par exemple une infirmière qui a pris soin du patient, un médecin, un employé du centre d'appel, le gestionnaire de cas, etc.
- au cours des appels, vérifier (à l'aide de la rétroaction du patient sur l'enseignement reçu) que:
  - Le patient se souvient pourquoi, quand et comment reconnaître les symptômes d'aggravation, ainsi que le moment où demander de l'aide et à qui;
  - Le patient respectera son rendez-vous avec le médecin;
  - Le patient comprend comment et à quel moment prendre ses médicaments et d'autres éléments des soins autoadministrés.

Si nécessaire, prévoir une visite au cabinet dans un délai de 3 à 5 jours suivant la sortie de l'hôpital; vérifier auprès du patient et de sa famille que des dispositions ont été prises pour le transport vers le lieu de rendez-vous.

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement:
Nielsen GA, Rutherford P, Taylor J. *How-to Guide: Creating an Ideal Transition Home.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponible à l'adresse http://www.ihi.org

Communication

Formulaire du bilan comparatif des médicaments

Le congé de l'hôpital constitue un point de soins critique où il est très risqué de constater des divergences dans les médicaments des patients au moment de leur sortie de l'hôpital. L'objectif du bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital est de comparer les médicaments que le patient prenait avant son admission et ceux qu'il a commencés à prendre à l'hôpital avec ceux qu'il devra prendre après sa sortie de l'hôpital afin de s'assurer que tous les changements sont intentionnels et que les divergences sont résolues avant que le patient ne quitte l'hôpital. Ce bilan devrait éviter les duplications thérapeutiques, les omissions, les médicaments non nécessaires et la confusion.

Le bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital précise la liste des médicaments que le patient doit prendre à sa sortie de l'hôpital, car il permet de vérifier:

- La liste des médicaments que le patient prenait avant son admission (meilleur profil pharmaceutique)
- Le dossier d'administration de médicaments des dernières 24 heures
- Les nouveaux médicaments que le patient devra prendre à sa sortie de l'hôpital

Il est possible de prépare un formulaire de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital semblable au formulaire de bilan comparatif des médicaments à l'admission. Le bilan comparatif à la sortie de l'hôpital devrait permettre de fournir des renseignements clairs et complets au patient et aux autres milieux de soins.

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement et la campagne Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Éducation du patient

Rétroaction du patient sur l'enseignement reçu

La rétroaction du patient sur l'enseignement reçu est une pratique visant à demander au patient ou au soignant membre de la famille de se rappeler et de reformuler (dans leurs propres mots) ce qu'ils pensent avoir compris au cours de leur séance d'éducation ou d'autres directives. Demander aux patients de rappeler et de reformuler ce qu'on leur a communiqué est une pratique importante de sécurité des patients. Pour se servir de la rétroaction du patient sur l'enseignement reçu :

- Expliquez les renseignements nécessaires au patient ou au soignant membre de la famille, puis demandez-leur gentiment d'expliquer dans leurs termes ce qu'ils ont compris.
- Si vous repérez un manque de compréhension, offrez d'autres explication ou un autre enseignement.
- Évaluez la capacité et le niveau de confiance du patient pour effectuer les soins autoadministrés prévus, y compris la prise de médicaments, le régime alimentaire, la sensibilisation aux symptômes et leur gestion; la capacité à faire remplir des ordonnances; les raisons pour lesquelles ils doivent téléphoner au médecin (p. ex. : douleur, gain de poids, difficultés respiratoires).
- Profitez de différentes occasions lorsque le patient est à l'hôpital pour passer en revue les renseignements importants afin d'accroître la confiance et la connaissance du patient et de sa famille.
- Vérifier la compréhension du patient à l'aide de la rétroaction sur l'enseignement reçu après chaque segment ou portion d'information. Par exemple, utilisez la rétroaction sur l'enseignement reçu après avoir expliqué au patient comment prendre son diurétique et encore après avoir expliqué les raisons pour lesquelles téléphoner au médecin.

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement:
Nielsen GA, Rutherford P, Taylor J. *How-to Guide: Creating an Ideal Transition Home.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponible à l'adresse http://www.ihi.org

Enseignement au patient

Facilitez l'enseignement au patient en vous servant des lignes directrices suivantes :

- utilisez un langage clair, divisez le contenu en parties plus petites et faciles à apprendre.
  - Plain Language Association International: www.plainlanguagenetwork.org
  - Clear Language Group: www.clearlanguagegroup.com
- ralentissez lorsque vous parlez au patient et à sa famille, et faites des phrases courtes. Utilisez des segments faciles à apprendre de renseignements essentiels pour aider les patients et les soignants membres de la famille à maîtriser l'apprentissage plus facilement.
- Si vous avez recours à des documents écrits, mettez en surbrillance ou encerclez les renseignements clés.
- La méthode « Ask Me 3 » est un autre outil utile de communication et d'éducation des patients qui aide le personnel à enseigner aux patients :
  1. en quoi consiste le principal problème
  2. ce que le patient devrait faire à propos de ce problème
  3. pourquoi l'action est importante.

Ask Me 3 encourage aussi les patients à revendiquer leurs droits d'avoir accès à cette information concernant les soins qu'ils reçoivent.

Description fournie par l'Institute for Healthcare Improvement:
Nielsen GA, Rutherford P, Taylor J. *How-to Guide: Creating an Ideal Transition Home.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponible à l'adresse http://www.ihi.org

Annexe 4. Mesures et évaluation

Mesures comprises dans les recommandations :

Hôpital

1a. Durée du séjour en soins actifs. Cette mesure est recommandée comme en étant une de surveillance équilibrée pour garantir que les séjours ne sont pas écourtés ou allongés et pour permettre l'évaluation de la relation entre la durée du séjour et les réadmissions. Aucun objectif de rendement n'est associé à la durée d séjour. [Soins actifs]

Soins primaires

2a. Lien Accès Soins pour les patients sans médecin. On recommande que tous les patients qui déclarent ne pas avoir de MPR s'inscrivent à Accès Soins [Soins actifs].

2b. Visite de suivi des soins primaires dans un délai de 7 jours pour les patients présentant un risque élevé [Soins actifs, MPR]; visite de suivi des soins primaires dans un délai de 14 jours pour les patients présentant un faible risque [Soins actifs, MPR]

Sécurité des médicaments

3a. Bilan comparatif complet des médicaments avant le congé des soins actifs [Soins actifs]

3c. Facturation du bilan comparatif des médicaments (Pharmacie, MedsCheck) dans un délai de 14 jours [Pharmacie]

CASC

5b. Délai entre le moment de l'aiguillage vers un CASC et le congé des soins actifs. On recommande que tous les aiguillages vers un CASC se fassent au moins 48 heures avant le congé pour tous les patients présentant un risque élevé* [Soins actifs];

Délai entre le moment de l'aiguillage vers une évaluation par un CASC avec l'évaluation AI – CA pour les patients aiguillés vers les soins à domiciles (uniquement pour les patients qui retournent à la maison). On recommande que les évaluations AI - CA soient réalisées dans un délai de 24 heures après l'aiguillage pour les patients présentant un risque élevé. [CASC]

Délai entre la sortie de l'hôpital et la première visite de l'infirmière du CASC pour les parents présentant un risque élevé [CASC]. On recommande que le CASC garantisse une visite d'infirmière à la maison dans un délai de 3 jours suivant le congé des soins actifs (de préférence avant) pour tous les patients présentant un risque élevé. Cette visite d'infirmière doit comprendre un examen des médicaments du patient pour repérer les risques possibles.

Communication

6a. Sommaire du congé de l'hôpital fourni au patient, y compris une liste des médicaments et des rendez-vous de suivi [Soins actifs]

6b. Sommaire du congé de l'hôpital fourni au médecin, y compris une liste des médicaments et des rendez-vous de suivi [Soins actifs]

6c. Sommaire du congé de l'hôpital fourni à la pharmacie, y compris une liste des médicaments et des rendez-vous de suivi [Soins actifs]

6d. On fournit au patient des renseignements sur la personne à contacter et la prise des médicaments (communication du plan de congé d'hôpital au patient) [Soins actifs] [2]

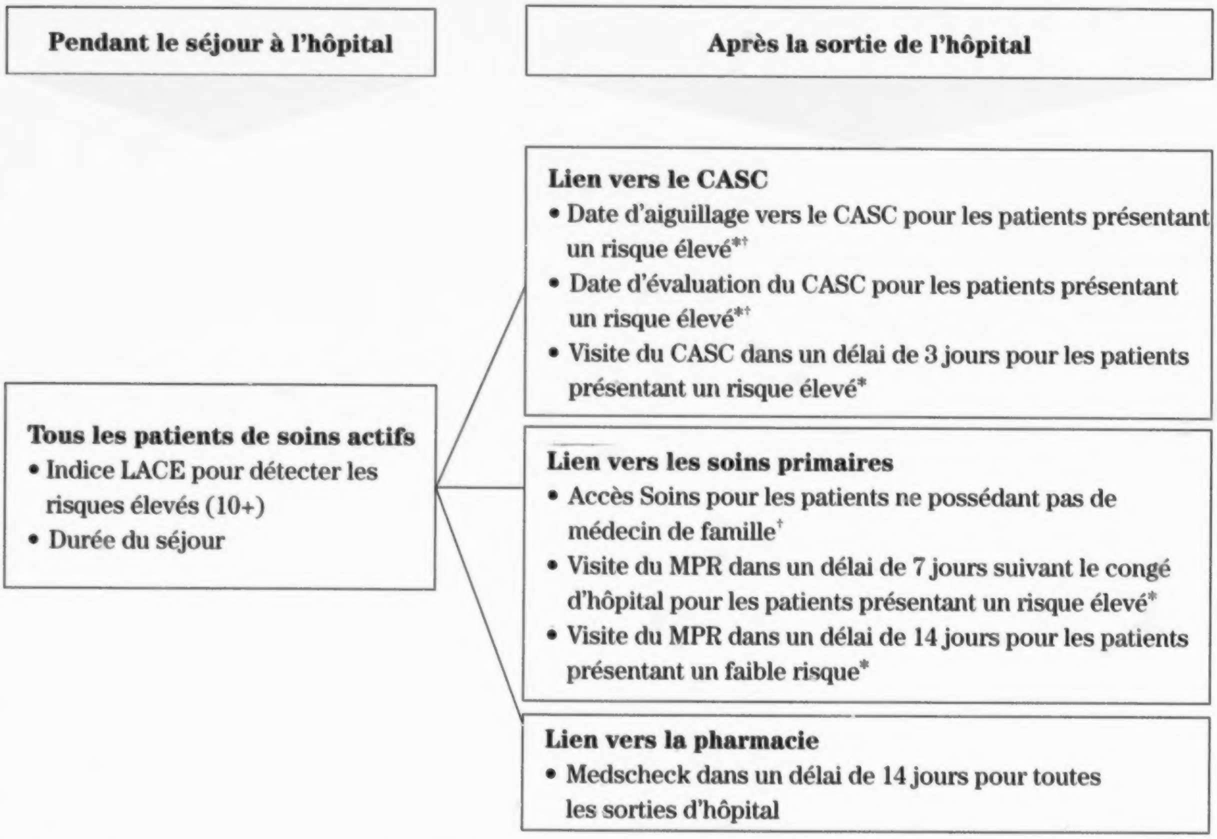
Recommandations en matière d'évaluation

1. Le suivi des composantes d'une intervention doit à tout le moins inclure des facteurs associés à chacune des mesures de rendement. Un modèle de plan d'amélioration de la qualité qui inclurait ces éléments faciliterait la saisie de ces données.

2. Les rapports en matière de rendement incluent une analyse de la relation observée entre les mesures de rendement des procédés et la mesure des résultats en matière de réadmission.

3. La rétroaction sur les rapports d'état ou des activités en cours doit être fournie à tous les intervenants concernés (RLISS, CASC, hôpital, pharmacie et médecin).

Mesures de rendement pour les patients de soins actifs qui retournent dans la collectivité



* indice LACE non mesuré, mais utilisé dans le calcul des mesures subséquentes à risque stratifiées

† indique des mesures de prestation de service provenant du groupe de travail sur l'orientation des pratiques exemplaires

[2] Inclus dans l'outil de satisfaction des patients de NRC Picker - Annexe 1.

Annexe 5. Références

Agency for Healthcare Research and Quality. (AHRQ).(2008a). Peer advisory coaching combined with nurse outreach improves adherence to medical recommendations among elderly cardiac patients who live alone following discharge. Agency for Healthcare Research and Quality. Consulté le 21 mars 2010 sur le site http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1823

(2008b). Post discharge care management integrates medical and psychosocial care of low-income elderly patients. Agency for Healthcare Research and Quality. Consulté le 21 mars 2010 sur le site http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1746

(2008b). Hospital-based asthma educators train patients, providers, and community members on optimal care, leading to fewer admissions, emergency department visits, and missed work days. Agency for Healthcare Research and Quality. Consulté le 21 mars 2010 sur le site http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=2476

Boutwell A, Griffith F, Hwu S, Shannon D. 2009). Effective interventions to reduce rehospitalizations: A compendium of 15 promising interventions. *Institute for Healthcare Improvement*, Cambridge, MA.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S. 2006). The care transitions interventions: Results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*; 166: 1822-1828.

Goldfield, N. (2011). How important is it to identify avoidable hospital readmissions with certainty? *CMAJ*, 19;183(7):E368-9. Epub 2011 Mar 28.

Ham, C., Imison, C., Jennings, M. (Ed). (2010). Avoiding hospital admissions Lessons from evidence and experience. *The King's Fund 2010.*

Kessels RP. (2003). Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* May 2003;96(5):219-22.

Medicare Payment Advisory Commission. (2007). Report to the Congress: Promoting Greater Efficiency in Medicare. MedPAC, Washington, DC.

Naylor MD, Brooten DA, Campbell RJ, et al. (1999) Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders. *JAMA* 1999;281:613-20.

Naylor MD, Brooten DA, Campbell RJ, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. (2004). Transitional care of older adults hospitalizations with heart failure: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*; 52: 675-684.

Nielsen GA, Rutherford P, Taylor J. *How-to Guide: Creating an Ideal Transition Home.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponible à l'adresse http://www.ihi.org

Purdy, S. (2010). Avoiding hospital admissions: what does the research evidence say? *The King's Fund.* ISBN: 978 1 85717 607 0

Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*, 183(7):E391-402. Epub 2011 Mar 28.